

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização

Enfermagem de Reabilitação

***As experiências dos Prestadores de Cuidados da
Pessoa com Acidente Vascular Cerebral na
Atividade de Vida Vestir-se***

Diamantino da Cruz Veríssimo

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de especialização

Enfermagem de Reabilitação

***As experiências dos Prestadores de Cuidados da
Pessoa com Acidente Vascular Cerebral na
Atividade de Vida Vestir-se***

Dissertação de Mestrado por: Diamantino da Cruz Veríssimo

Orientadora: Professora Maria do Céu Sá

2012

***“O modo de se vestir é uma preocupação
ridícula. Mas é muito ridículo para um homem
não estar bem vestido.”***

Chesterfield , Philip

SIGLAS E ABREVIATURAS

1ª	-	Primeira
2ª	-	Segunda
3ª	-	Terceira
4ª	-	Quarta
5ª	-	Quinta
AIT	-	Acidente Isquémico Transitório
AV	-	Atividade de Vida
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
CHMT	-	Centro Hospitalar do Médio Tejo
CID	-	Classificação Internacional de Doenças
CIF	-	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde
CIPE	-	Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem
DGS	-	Direção Geral de Saúde
ESI	-	The European Stroke Initiative
GDH	-	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
INEM	-	Instituto Nacional de Emergência Médica
Nº	-	Número
NSA	-	National Stroke Assotiation
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
p.	-	Página
Vol	-	Volume

RESUMO

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e de matriz metodológica qualitativa, com o objetivo de conhecer as experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com hemiparésia/hemiplegia pós Acidente Vascular Cerebral [AVC] em relação à Atividade de Vida [AV] Vestir-se. O estudo teve como referencial teórico o modelo teórico de enfermagem de Roper, Logan, & Tierney (2001). Como método de colheita de dados utilizou-se a entrevista. Para a análise de conteúdo foram atendidas as premissas de Bardin (2009), tendo emergido os seguintes principais resultados:

Das dificuldades descritas pelos Prestadores de Cuidados, destacaram-se as inerentes à situação clínica da pessoa com AVC assim como o equipamento inadequado e as barreiras arquitetônicas.

As estratégias utilizadas focaram-se principalmente na seleção do vestuário e calçado mais adequado, na utilização de produtos de apoio e na forma de vestir/despir a Pessoa com AVC.

Ao nível das experiências formativas dos Prestadores de Cuidados, a maioria das descrições foi positiva e diversificada incluindo-se experiências formativas em instituições de saúde, a valorização feita a experiências pessoais e profissionais anteriores e a utilização da pesquisa na *internet*.

Da análise dos dados destaca-se ainda que prestador de cuidados deverá apresentar requisitos relacionais afetivos como carinho, amor, empatia e compreensão e possuir, simultaneamente, capacidades técnicas. Os Prestadores de Cuidados referem dificuldades na gestão de sentimentos para com a Pessoa com AVC e uma grande sobrecarga de trabalho, especialmente quando os recursos da comunidade escasseiam.

No que diz respeito à educação para a saúde, recomenda-se que na formação dos Prestadores de Cuidados, se valorizem as suas experiências anteriores e que o processo formativo se situe em diferentes níveis de prestação de cuidados, acompanhando o percurso da pessoa com AVC. Destaca-se o papel do enfermeiro de reabilitação, o qual poderá ser o profissional de referência em todo o processo formativo.

Dadas as limitações deste estudo, cujos resultados apenas emergem em função da amostra estudada, não podendo ser extrapolados, sugere-se a realização de novos estudos, utilizando-se diferentes e novas abordagens metodológicas.

Palavras-chave: *Enfermagem, Reabilitação, AV Vestir-se, Prestador de Cuidados, Pessoa com AVC.*

ABSTRACT

We conducted an exploratory, descriptive and qualitative methodological matrix, in order to learn from the caregivers experiences of stroke survivors with hemiparesis / hemiplegic and in relation to the Activity of living - Dressing.

The theoretical reference for the study was the model of nursing theory by Roper, Logan & Tierney (2001). As a method of data collection we used the interview. For the content analysis we uses the assumptions of Bardin (2009), with the following main results:

The main difficulties reported by the caregivers were related to inadequate equipment, architectural barriers and difficulties inherent to the clinical situation of people with a stroke.

The strategies have focused mainly on selecting the most suitable clothing and footwear, the use of support products and in the ways of dressing/undressing the person with a stroke.

In terms of the formative experiences of caregivers, most of the responses were positive and varied including formative experiences in health care, the evaluation usefulness of previous personal and professional experiences, and the use of previous research on Internet.

From the analysis of the data it is also important to note that the caregivers must possess relational skills such as showering care, empathy, understanding as well as technical capabilities. Caregivers report difficulty in managing their feelings towards those who have suffered a stroke. They also have difficulty with a large workload, especially when community resources are scarce.

With regard to education for caregivers it is recommended that they recognize the value of their previous experiences. The learning process is accomplished at each different place of health care, where stroke survivors are typically seen. We would highlight the role of the rehabilitation nurse, which may be the professional reference throughout the training process.

Given the limitations of this study, that the results only come from the sample studied, the results can not be extrapolated. There fore we suggest new studies, using different and new methodological approaches.

Key words - *Nursing, Rehabilitation, Activities of Living - Dressing, Caregivers, Stroke Survivors.*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	10
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	12
1.1 – A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral	12
1.1.1 - A Atividade de Vida Vestir na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral	20
1.2 – O Prestador de Cuidados e a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral	25
1.3 – Referencial Teórico.....	29
2 – METODOLOGIA / TRABALHO DE CAMPO	33
2.1 – Justificação do estudo/pergunta de partida	33
2.2 – Tipo de estudo	34
2.3 – Objetivo do estudo	34
2.4 – Seleção dos participantes no estudo	35
2.5 – Instrumento de recolha de dados.....	36
2.6 – Tratamento e análise dos dados.....	37
3 – APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
3.1 – Breve caraterização dos participantes no estudo.....	40
3.2 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às dificuldades sentidas para cuidar da Pessoa com AVC	42
3.3 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às estratégias utilizadas para cuidar da Pessoa com AVC	44

3.4 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação aos apoios recebidos para cuidar da Pessoa com AVC	50
3.5 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às experiências formativas para cuidar da Pessoa com AVC.....	51
3.6 - As Experiências dos Prestadores de Cuidados a nível das relações humanas e sociais no cuidar da Pessoa com AVC.....	55
4 – CONCLUSÕES	59
5 – BIBLIOGRAFIA.....	62

Anexos

Anexo I	Guião de entrevista	69
Anexo II	Consentimento Informado	70
Anexo III	Requerimento ao Conselho de Administração do CHMT para realização de estudo de investigação	71
Anexo IV	Entrevista E ₃ / Etapa 1	72
Anexo V	Entrevista E ₃ / Etapa 2	73
Anexo VI	Entrevista E ₃ / Etapa 3	74
Anexo VII	Entrevista E ₃ / Etapa 4 / fase a)	75
Anexo VIII	Entrevista E ₃ / Etapa 4 / fase b)	76
Anexo IX	Entrevista E ₃ / Etapa 4 / fase c)	77
Anexo X	Grelha de Análise E ₁ -E ₆ / Etapa 4 / fase d)	78
Anexo XI	Grelha de Análise Final / Etapa 4 / fase d)	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Padrão espástico típico da Pessoa com AVC	18
Figura 2 Treino de AV - Vestir uma camisa	22
Figura 3 Treino de AV - Vestir Calças	23
Figura 4 Treino de AV - Calçar.....	24
Figura 5 Treino de AV - Calçar (método alternativo)	24
Figura 6 Diagrama do Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribuição do número de registos de AVC pelo INEM em Portugal por ano.	13
Gráfico 2 Distribuição dos Prestadores de Cuidados por Género (%)	40
Gráfico 3 Distribuição dos Prestadores de Cuidados por grau de afinidade com a Pessoa com AVC	41
Gráfico 4 Distribuição dos tipos de AVC das Pessoas com AVC (%).....	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos participantes no estudo	35
Quadro 2 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às dificuldades sentidas para cuidar da Pessoa com AVC.....	42
Quadro 3 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às estratégias utilizadas para cuidar da Pessoa com AVC	45
Quadro 4 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação aos apoios recebidos	50
Quadro 5 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às experiências formativas	52
Quadro 6 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados a nível das relações humanas e sociais	55

INTRODUÇÃO

As doenças cérebro e cardiovasculares assumem-se como as principais causadoras de morte e incapacidade nos países desenvolvidos, nomeadamente no hemisfério norte. O Acidente vascular Cerebral [AVC] é uma importante causa de incapacidade funcional a longo prazo, com enorme impacto na qualidade de vida, quer dos próprios doentes quer das suas famílias/Prestadores de Cuidados (Feigin, Lawes, Bennett & Anderson, 2003; Martins, 2002).

Neste sentido, Dobkin (2005) considera que é principalmente a nível dos países da Europa, América do Norte e também na Austrália que os AVC assumem um papel mais preponderante, não só pela alta incidência, mas também pela mortalidade e morbilidade que provoca.

Após o evento de um AVC e quando existem sequelas de hemiplegia ou hemiparesia, é frequente existir uma situação de dependência da Pessoa com AVC nas Atividades de Vida [AV], nomeadamente em relação à AV Vestir-se. Existe assim, uma série de reestruturações necessárias, quer a nível da Pessoa com AVC, quer a nível do seu Prestador de Cuidados, o qual é determinante no processo de reabilitação nas suas várias vertentes (físicas, psico emocionais, sociais e culturais). O conhecimento destes e de outros aspetos relacionados com as experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com AVC na AV Vestir-se, necessita de ser melhor estudado, de forma a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Desta forma, o objetivo deste estudo é o de conhecer melhor as experiências dos Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC a nível dos cuidados prestados na AV Vestir-se.

A motivação inicial para a realização deste estudo, surgiu com a necessidade de conhecer um pouco mais a individualidade das experiências vivenciadas pelos Prestadores de Cuidados informais à Pessoa com AVC a nível da AV Vestir-se, pretendendo-se responder à pergunta de partida: Quais as experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com hemiparésia/hemiplegia pós AVC em relação à AV Vestir-se?

Para atingir tal finalidade, foi desenhado um estudo exploratório e descritivo, com uma matriz metodológica qualitativa, privilegiando-se a realização de entrevistas semiestruturadas e a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2009).

Este trabalho pretende relatar as várias fases do desenvolvimento do estudo de investigação e numa primeira fase será realizado um enquadramento teórico – concetual, o qual conterá inicialmente os principais contributos da revisão da literatura efetuada, seguido de uma contextualização teórica do estudo, tendo por base o modelo de vida de Roper, Logan e Tierney (2001). Numa segunda fase será dissecada a matriz metodológica do estudo e o seu trabalho de campo, para numa terceira fase se analisar os principais resultados obtidos. Finalmente numa última quarta fase serão retiradas as principais conclusões, das quais emergirão algumas sugestões/contributos para a prática clínica dos cuidados de enfermagem.

A essência da prática de enfermagem assenta no Cuidar, através da utilização de uma série de competências técnicas específicas de enfermagem, que procuram dotar a Pessoa de competências determinantes para a maximização das suas capacidades, num processo que leve a garantir a máxima independência nas Atividades de Vida e a um aumento da qualidade de vida de pessoas, indivíduos, grupos, famílias e comunidades. Neste contexto, os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001) preconizam para o enfermeiro de cuidados gerais, um especial foco de atenção no apoio a projetos de saúde individuais e de grupo, envolvendo a promoção da readaptação funcional e a máxima independência na realização das Atividades de Vida.

Para a enfermagem de reabilitação estes pressupostos assumem uma importância ainda mais fulcral, uma vez que esta permite atender ao cuidar específico da reabilitação sem descurar a perspetiva holística da Pessoa como um todo. De acordo com as competências específicas da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro de reabilitação

“...concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados ...de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes... recuperar a independência nas actividades de vida Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida. ” (OE, 2010, p. 1).

Para o âmbito deste estudo, destaca-se a competência específica relacionada com a elaboração de programas de treino da AV Vestir-se “...visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (OE, 2010, p. 4).

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

O presente capítulo tem a finalidade de clarificar os principais conceitos inerentes ao trabalho de investigação. Procurará assim, uniformizar a linguagem utilizada e inseri-la num determinado domínio conceptual, através de uma organização de conceitos e de terminologia.

A seleção do modelo teórico de Roper *et al.* (2001) deve-se a emergirem da sua análise conceitos que melhor contextualizam a enfermagem de reabilitação, nomeadamente as atividades de vida e o *continuum* dependência/independência. Trata-se também de um modelo de fácil assimilação teórica e fácil aplicação prática. De acordo com Peterson e Bredow (2009) o modelo desenvolvido por Roper *et al.* (2001) é congruente com os objetivos de enfermagem e possui características potenciadoras para uma fácil aplicação na prática clínica dos cuidados de enfermagem.

A utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®] procurará garantir a uniformização da linguagem utilizada, indo de encontro ao preconizado por diversas instituições de referência, nacionais e internacionais, nomeadamente o Conselho Internacional de Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros e o próprio Ministério da Saúde.

Previamente será levada a efeito uma revisão da literatura que procurará reunir os aspetos mais importantes que resultaram da pesquisa efetuada. O capítulo culminará com uma abordagem sucinta do referencial teórico, que balizará o estudo.

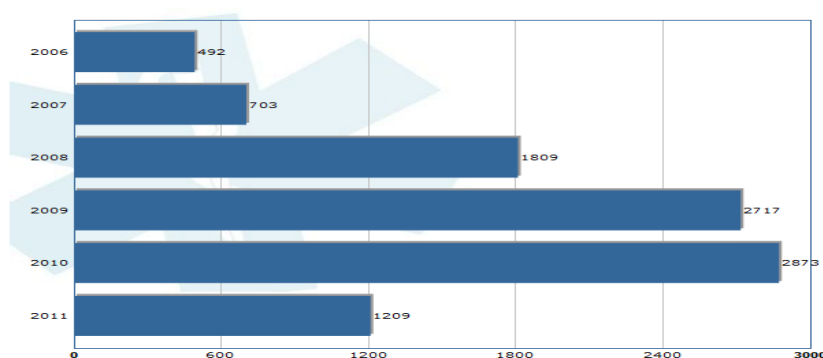
1.1 – A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Nos países ditos desenvolvidos/industrializados o AVC assume-se como uma das causas mais importantes de mortalidade, hospitalização e incapacidade, sendo mesmo considerado um dos maiores problemas mundiais de saúde pública (Pereira, Coelho & Barros, 2004; Bejot *et al.*, 2007; Dobkin, 2005).

Em Portugal, o AVC é considerado por muitos autores e organismos, como a principal causa de morte e morbilidade (Martins, 2002; Sá, 2009; Direção Geral de Saúde [DGS], 2010). Nos idosos a situação é ainda mais premente, com uma contribuição substancial do AVC no aumento do índice de dependência, devido às suas graves e incapacitantes sequelas, as quais têm efeitos mais devastadores nas idades mais avançadas (Martins, 2002; Feigin *et al.*, 2003).

Ao analisarmos o gráfico 1 é possível constatar que tem existido uma evolução constante e crescente do número de registos de novos casos de AVC por parte do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], iniciando-se com 492 casos em 2006 e terminando com 2873 em 2010. Os dados de 2011 são ainda bastante parcelares.

Gráfico 1 Distribuição do número de registos de AVC pelo INEM em Portugal por ano.



Fonte: https://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp. Acedido a 03/06/2011.

Existem uma série de fatores de risco associados ao AVC. De acordo com Martins (2002) e DGS (2010) podemos elencar como fatores de risco principais:

- Não modificáveis: a idade (a frequência do AVC aumenta com a idade e o género - até aos cinquenta anos o número de casos de AVC é maior nos homens, tendendo depois a ser igual em ambos os géneros);
- Modificáveis: a hipertensão arterial (juntamente com o aumento da idade é considerado o fator de maior preponderância), as doenças cardíacas (fator principalmente importante para os AVC de etiologia embólica), a hiperglicémia / Diabetes *Mellitus*, o tabagismo, o sedentarismo/obesidade, o consumo excessivo de álcool, a hereditariedade, a hiperlipidémia e os contraceptivos orais (presume-se que o risco de AVC seja agravado se associado a outros fatores de risco).

O conceito de AVC como doença é clarificado internacionalmente pela Classificação Internacional de Doenças [CID]. Em Portugal, os Grupos de Diagnósticos Homogéneos [GDH] são elaborados tendo por base a CID, sendo codificados com o intuito de serem utilizados a nível de bioestatística e de alocação de recursos humanos/financeiros. De acordo com o portal de codificação dos GDH [<http://portalcodgdh.min-saude.pt/>] (2011) o AVC é definido como uma “síndrome neurológico de causa vascular, de instalação rápida, com sinais e sintomas focais que permanecem mais de 24h”.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2004, p. 13) refere que “o Acidente Vascular é causado por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro. Ele ocorre quando uma artéria que fornece sangue ao cérebro fica bloqueada ou se rompe”. Trata-se assim de um termo clínico que se aplica quando existe uma alteração neurológica causada por um problema vascular a nível cerebral.

Tendo por base a opinião de vários autores (DGS, 2010; Ferro & Pimentel, 2006; Martins, 2002) podemos classificar os AVC em dois grandes grupos: os isquémicos e os hemorrágicos.

Ainda segundo os mesmos autores, o AVC Isquémico representa cerca de 80% de todos os AVC e é originado após a oclusão trombótica ou embólica de um vaso sanguíneo ou após hipoperfusão de causa hemodinâmica. O acidente trombótico surge devido à acumulação de placas de ateromas no interior dos vasos (arteriosclerose), o embólico ocorre quando eventuais êmbolos da circulação cardíaca ou cerebral inferior se deslocam para pequenos vasos sanguíneos com consequente diminuição do aporte da perfusão cerebral. Como fatores etiológicos de base intra-cardíaca, destacam-se situações como a fibrilhação auricular, enfarte agudo do miocárdio, estenose mitral e endocardite bacteriana. Os êmbolos resultantes destas situações, muitas vezes desfazem-se, fazendo com que a circulação seja restabelecida e os sintomas e sinais neurológicos regridam. Esta recuperação, completa e espontânea, caracteriza os acidentes isquémicos transitórios [AIT], que requerem igualmente vigilância no sentido de se prevenir a recorrência de novos episódios.

O AVC Hemorrágico (Martins, 2002, p. 51), é caracterizado por “... um extravasamento de sangue no tecido cerebral, como consequência de uma rotura vascular localizada, mais ou menos difusa (...) pode ser devido a hemorragias cerebrais, parenquimatosa e subaracnóideia.” A mesma autora aponta como fatores predisponentes para o AVC hemorrágico, a hipertensão arterial,

No que se refere ao tratamento médico do AVC ele é necessariamente diferente consoante estejamos perante um AVC Isquémico ou Hemorrágico.

No que concerne ao Isquémico atualmente existe a possibilidade de diminuir ou anular bastante os seus danos, se forem tomadas as medidas atempadas e preconizadas pela Via Verde AVC. O objetivo terapêutico na fase aguda do AVC Isquémico é o da permeabilidade da artéria ocluída, por meios farmacológicos, permitindo a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e a consequente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial. A redução da mortalidade e morbilidade pelas terapêuticas de

reperusão verifica-se sobretudo nas primeiras três horas após o início de sintomas (DGS, 2010; INEM [<http://www.inem.pt/>, acedido a 21/06/2011], 2011).

O tratamento médico do AVC hemorrágico é mais variável e depende bastante da sua extensão e localização. Poderá ser farmacológico ou cirúrgico, requerendo recursos técnicos e humanos bastante diferenciados (DGS, 2001; DGS, 2010).

As consequências/sequelas provocadas por um AVC podem ser múltiplas, seja um AVC Isquémico ou Hemorrágico e dependem essencialmente da área afetada e da extensão da lesão. Poderá ocorrer somente um deficit neurológico ligeiro, uma perda do controlo voluntário dos movimentos corporais, uma alteração na linguagem, na articulação das palavras, na deglutição, problemas sensoriais, psicológicos e/ou emocionais, transtornos no controlo de esfíncteres, ou em casos extremos, pode mesmo ocorrer a morte imediata (DGS, 2010; OMS, 2004).

As sequelas mais comuns de um AVC, e que provocam acentuada perda da autonomia, relacionam-se com a perda do controlo voluntário dos movimentos normais, funcionalmente traduzida como hemiparésia e/ou hemiplegia (DGS, 2010; OMS, 2004; Dobkin, 2005).

Uma vez que estes conceitos têm uma implicação importante no presente estudo, torna-se necessário a sua clarificação, no sentido de uniformizar a linguagem utilizada.

Os conceitos de hemiparésia/hemiplegia estão intrinsecamente relacionados com parésia e plegia já que o prefixo hemi significa metade do corpo, dividindo num lado direito e esquerdo. Já plegia tem um significado sinónimo com paralisia (Dicionário Priberam *online* da Língua Portuguesa [<http://www.priberam.pt/dlpo/>], 2011).

Partindo destes pressupostos e tendo também por base a versão Portuguesa da DGS da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004) e o portal de codificação dos GDH (2011) considera-se que, para este estudo, hemiplegia significa que a Pessoa apresenta paralisia dos membros superior e inferior do mesmo lado do corpo e hemiparésia que apresenta uma paralisia incompleta ou diminuição da motricidade a nível dos membros superior e inferior do mesmo lado do corpo.

As sequelas de um AVC como a hemiparésia e/ou hemiplegia acarretam uma série de implicações em todas as AV, nomeadamente no Vestir (DGS, 2010; OMS, 2004; *National Stroke Assotiation* [NSA] [<http://www.stroke.org>, 2011]). Este aspeto será aprofundado posteriormente, dado ser o âmago do estudo em causa.

Nem sempre é possível impedir as consequências nefastas de um AVC, após a sua instalação. No caso de um AVC Isquémico é possível reverter total ou parcialmente

com terapêutica trombolítica, mas apenas num número limitado de casos e se a atuação for atempada (DGS, 2010; INEM, 2011). Desta forma a maioria das Pessoas após AVC entra num período de reabilitação, com melhoria funcional gradual. Um dos principais objetivos é sempre procurar oferecer à Pessoa com AVC a melhor qualidade de vida possível (DGS, 2001, 2010; Dobkin, 2005).

De acordo com Dobkin (2005) a maioria das Pessoas após um AVC terá melhorias funcionais significativas após 3-4 meses de reabilitação. Nesta fase, a maioria das Pessoas com AVC, já terá tido alta clínica e encontrar-se-á no seu domicílio, juntamente com o seu Prestador de Cuidados (DGS, 2001; DGS, 2010; Araújo, Paul & Martins, 2008; Costa, 2003).

Há unanimidade nos autores consultados, no que diz respeito ao papel central e fundamental desempenhado pelo Prestador de Cuidados no processo de reabilitação / recuperação da Pessoa com AVC.

Spruit-Van Eijk *et al.* (2010) referem inclusivamente que a maioria dos idosos com AVC não têm um processo de reabilitação sistemático após a alta hospitalar, visando aumentar a sua autonomia e a sua qualidade de vida.

Neste sentido, Brereton, Carroll & Barnston (2007) e Mak, Mackenzie & Lui (2007) indicam-nos que um programa de reabilitação nas semanas a seguir à transição do hospital para o domicílio deverá incluir a educação para a saúde aos Prestadores de Cuidados, com a adaptação às suas necessidades. Sustentam também que a informação sobre reabilitação da Pessoa com AVC transmitida deverá ser individualizada e incluir também a prevenção de um futuro AVC.

Será então fundamental compreender melhor como é cuidar no domicílio da Pessoa com AVC. Neste ponto importa perceber essencialmente quais as suas necessidades e as possíveis respostas/intervenções mais adequadas. Embora seja feita uma contextualização genérica, será dado especial destaque para a Pessoa com AVC com hemiplegia/hemiparésia e para os cuidados passíveis de serem implementados pelo Prestador de Cuidados.

De acordo com a OMS (2004) a Pessoa com AVC e com hemiparésia/hemiplegia passa essencialmente pelas seguintes fases de recuperação: fase flácida; evolução para tónus muscular normal e evolução para espasticidade.

A OMS (2004) e a DGS (2010) identificam como fatores fundamentais na recuperação funcional da Pessoa com AVC e com hemiplegia /hemiparésia a qualidade dos cuidados de reabilitação, a motivação da Pessoa com AVC, o apoio familiar e

comunitário existente e também a idade (os jovens têm maior recuperação) e a persistência do estágio flácido ou surgimento de espasticidade severa.

A reabilitação da Pessoa com AVC não se esgota, contudo, no Prestador de Cuidados. Em Portugal foi criada uma rede de unidades de AVC, definida pela DGS (2001, p. 9) como “um sistema de organização de cuidados prestados aos doentes com AVC numa área geograficamente bem definida” e que se articula com outros recursos disponíveis (nomeadamente a rede nacional de cuidados continuados), tendo como objetivo principal oferecer cuidados de saúde de qualidade em todas as fases do AVC.

Partindo destes pressupostos o processo de reabilitação da Pessoa com AVC deve ser suportado por uma equipa transdisciplinar (DGS, 2001, 2010; NSA, 2011; *European Stroke Initiative* [ESI], 2003). O enfermeiro de reabilitação deverá assumir uma posição importante, quer nos cuidados de saúde primários, quer a nível dos cuidados hospitalares (OE, 2001; OE, 2010).

Os cuidados prestados à Pessoa com AVC no domicílio devem ser personalizados. Muitos podem ser prestados diretamente pelo Prestador de Cuidados, devendo no entanto ter a supervisão da sua equipa de saúde (DGS, 2010; NSA, 2011; ESI, 2003). O Prestador de Cuidados será uma das maiores garantias pela continuidade de cuidados após a alta hospitalar da Pessoa com AVC (Van Exel, Koopmanschap, Van den Berg, Brouwer & Van den Bos, 2005; Visser-Meily, Post, Schepers & Lindeman 2005; Tooth, McKenna, Barnett, Prescott & Murphy (2005); Mak *et al.* 2007; Brereton *et al.* 2007). Nesta perspetiva, e tendo por base os vários autores consultados, é importante que o Prestador de Cuidados esteja dotado de um conjunto de conhecimentos, capacidades e competências que otimizem significativamente o processo de reabilitação da Pessoa com AVC (Martins 2002; Brereton *et al.* 2007; DGS, 2010).

Martins (2002, p. 107) a este respeito indica-nos que “ o programa de reabilitação no domicílio obedece aos mesmos princípios que o do internamento hospitalar. Todos os exercícios são possíveis, agora de uma forma personalizada de acordo com os meios disponíveis em casa”. A mesma autora enfatiza ainda a necessidade de um apoio inicial de enfermagem mais efetivo, a formação do Prestador de Cuidados e o envolvimento contínuo da Pessoa com AVC no processo de reabilitação e no seu regresso a casa.

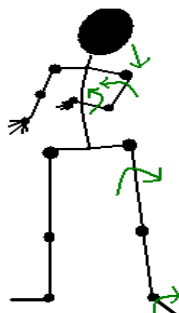
Antes da Pessoa com AVC regressar a casa, é importante que exista uma adaptação do seu ambiente físico à sua nova situação, pois nesta fase este fator poderá influenciar negativamente várias atividades de vida, prejudicando todo o seu processo de reabilitação. É imperioso que a Pessoa com AVC não se isole, não fique confinada ao seu

quarto. Assim, urge planejar atempadamente o seu regresso a casa, com uma visita domiciliária onde se estruturam as adaptações necessárias, com a participação de todos os intervenientes, sem nunca esquecer a Pessoa com AVC e o seu Prestador de Cuidados (Martins, 2002; NSA, 2011).

Embora os cuidados necessários à Pessoa com AVC com hemiplegia/hemiparesia devam ser personalizados, é possível elencar um conjunto de cuidados suscetíveis de serem implementados pelos Prestadores de Cuidados, com apoio da equipa de saúde.

Destaca-se a necessidade dos Prestadores de Cuidados de estarem capacitados para poderem posicionar corretamente a Pessoa com AVC no leito, prevenindo complicações - como o ombro doloroso, padrão espástico (figura 1), assim como as úlceras de pressão (DGS, 2010; OMS, 2004).

Figura 1 Padrão espástico típico da Pessoa com AVC



Fonte: <http://ajudaavc.net/index.php/posicionamentos>. Acedido a 05/06/2011.

De acordo com a DGS (2010, p. 100) “o posicionamento em padrão antiespástico no doente hemiplégico deve tornar-se um hábito de vida, se possível, durante as 24 horas do dia”. O Prestador de Cuidados deve auxiliar a Pessoa com AVC a alternar posicionamentos no leito, sendo que os mais aconselhados na literatura para a Pessoa com AVC são o decúbito dorsal, o decúbito para o lado afetado (com hemiplegia ou hemiparésia) e o decúbito para o lado são - todos em padrão anti espástico (DGS, 2010; OMS, 2004; Gonçalves, 2000).

É igualmente importante a preparação/capacitação do Prestador de Cuidados para ajudar ou executar a transferência para o cadeirão da Pessoa com AVC, assim como para ajudar/apoiar durante a marcha (DGS, 2010; OMS, 2004; NSA, 2011). Esta é uma das atividades que mais pode contribuir para a sobrecarga física do Prestador de Cuidados, pelo que se torna imprescindível a utilização de técnicas corretas e seguras (Greenwood, Mackenzie, Cloud, & Wilson, 2008; Richman & Caple, 2010).

Ainda a nível da mobilidade, é também desejável que o Prestador de Cuidados possua competências básicas na realização de algumas técnicas/exercícios importantes

para a reabilitação da Pessoa com AVC, assim como para diminuir a sobrecarga física do Prestador de Cuidados. São exemplos: o rolar no leito, o gancho, a ponte, as auto mobilizações e mesmo o treino de equilíbrio (Martins, 2002; OMS, 2004; DGS, 2010). Estes cuidados deverão ser treinados ainda durante o internamento e supervisionados no domicílio, preferencialmente por enfermeiros de reabilitação (OE, 2010).

Outros exemplos de aspetos importantes no cuidar no domicílio da Pessoa com AVC relacionam-se com (DGS, 2010; OMS, 2004; NSA, 2011):

- Estimulação sensorial (importância da organização do espaço físico, como a colocação da mesa de cabeceira do lado mais afetado);
- As alterações da comunicação (necessidade de apreender a lidar com os vários tipos de afasia e/ou disartria, comuns nas Pessoas com AVC);
- Alterações cognitivo-emocionais (o regresso a casa frequentemente resulta numa melhoria a nível da orientação espaço temporal. É importante a utilização de estímulos visuais, verbais e auditivos ou o desenvolvimento de atividades com significado pessoal);
- Alterações relacionadas com a eliminação vesical (é frequente a existência de uma bexiga neurogénica que poderá resultar em incontinência ou retenção urinária, pelo que se torna necessário tomar medidas para as evitar. A adoção de práticas adequadas, como treino de hábitos e a vigilância adequada pode impedir muitas medidas invasivas, como as cateterizações vesicais permanentes);
- Alterações relacionadas com a eliminação intestinal (poderá ocorrer também incontinência, ou muito frequentemente obstipação. A implementação do treino de hábitos e de uma alimentação equilibrada, rica em fibras e com aporte hídrico adequado são medidas que podem obviar consideravelmente estas complicações);
- Alterações relacionadas com a alimentação (um dos aspetos fundamentais está relacionado com a possível disfagia ou mesmo afagia. A alimentação por via oral é sempre preferível, neste caso é necessário que o Prestador de Cuidados saiba, entre outros aspetos, como posicionar corretamente a Pessoa com AVC. Se a alimentação oral for impossível, o Prestador de Cuidados deverá ser treinado para a alimentação por sonda nasogástrica ou por gastrostomia);
- Treino/apoio nas atividades de vida (o Prestador de Cuidados deverá reconhecer a importância de incentivar a máxima independência da Pessoa com AVC em todas as atividades de vida).

1.1.1 - A Atividade de Vida Vestir-se na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

Roper *et al.* (2001, p.43) consideram que “...o progresso atual nos processos de manufatura resultou numa grande diversidade de vestuário prático para todos os momentos imagináveis e, assim, as pessoas desfrutem, com menos esforço e mais escolha, desta parte da vida diária”.

As mesmas autoras consideram ainda que a roupa que escolhemos para usar diariamente, funciona como forma de comunicação não verbal. A esta mesma conclusão chegam também Bohn (2004) e Andrade & Marinho (2009), os quais acreditam que o vestuário utilizado por cada pessoa é um reflexo de si própria, da sua cultura, da sua origem social e económica.

Um estudo de caso conduzido por Emerenciano (2005) enfatiza de forma convincente as propriedades comunicacionais inerentes ao vestuário. A tipologia de roupa que usamos adapta-se a cada contexto específico, quer a nível social quer cultural, transportando consigo uma importante forma de comunicação não verbal.

Roper *et al.* (2001) destacam que o nível individual de capacidade física determinará a medida com que se poderá ser independente na seleção do vestuário, o que poderá ocasionar sentimentos graves de frustração. Neste sentido, Diniz (2006), conclui que essa dependência dos outros para os gestos mais familiares, como o Vestir, acaba por induzir sentimentos de impotência e insegurança.

Por outro lado, a manutenção da independência na AV Vestir-se é traduzida por sentimentos de dignidade, auto respeito e auto realização (Suzuki *et al.* 2006; Bohn, C., 2004). Partindo deste pressuposto Andrade, F. (2009) enfatiza a necessidade de dar a oportunidade da pessoa dependente poder fazer as suas escolhas a nível do vestuário, no sentido de aumentar a sua auto estima e a própria dignidade como ser humano dotado de autonomia no seu processo de decisão.

Após o evento de um AVC, a maioria dos sobreviventes continuarão a ter algum nível de dependência nas Atividades de Vida, nomeadamente a nível do Vestir-se (Miller *et al.* 2010). Carvalhido & Pontes (2009, p. 143) reforçam esta afirmação, concluindo que o AVC deixa diversas incapacidades nos seus sobreviventes, nomeadamente “a nível das atividades da vida diária, como a alimentação, a eliminação, a higiene, o vestir, a mobilidade; na relação com a família e com a sociedade”.

Costa (2003) refere que “quando um sobrevivente de AVC não consegue movimentar-se ou transferir-se da cama para a cadeira de rodas, deambular sozinho, fazer uso do quarto de banho ou simplesmente vestir-se, subir e descer escadas, torna-se

um problema sempre constante para a família”. O mesmo autor acrescenta que “os prestadores dos doentes impossibilitados de se vestirem sozinhos têm mais sintomas depressivos comparativamente aos outros prestadores cujos doentes estão autónomos neste domínio”.

Também Visser-Meily *et al*, (2005) concluíram que a AV Vestir é das que mais cuidados necessita por parte dos Prestadores de Cuidados, juntamente com a higiene e a alimentação. O mesmo autor realça a necessidade de educar os Prestadores de Cuidados para aumentar as suas competências. Finalmente, Imaginário (2004), Perlini & Faro (2005) e Andrade, F. (2009) sustentam, pelos estudos que efetuaram, que a AV Vestir-se é das que mais dependência provoca.

Partindo dos pressupostos anteriores são vários os autores e instituições nacionais e internacionais que vêm alertando para a necessidade de promover a máxima independência possível das Pessoas com AVC nas Atividades de Vida, nomeadamente no Vestir-se. Para levar a bom termo esta intenção, será necessário integrar as Pessoas com AVC em programas de reabilitação, com especial enfoque no treino das Atividades de Vida. O enfermeiro de reabilitação assume aqui um papel central, tendo como alvo das suas intervenções quer a própria Pessoa com AVC, quer o seu Prestador de Cuidados (Hoeman 2000; DGS, 2010; OE, 2010; NSA, 2011; Martins, 2002).

Melo (2010) num estudo sobre o auto cuidado em doentes com hemiplegia, conclui ser importante a criação de programas específicos de reabilitação no treino dos vários auto cuidados, nomeadamente no vestir e despir. Apesar da abordagem ser no auto cuidado é fácil estabelecer um paralelismo com a Atividade de Vida Vestir-se, diagnosticando-se a mesma necessidade.

Neste sentido Hoeman (2000) aconselha, como intervenções de enfermagem de reabilitação, a seleção de roupas facilmente manejáveis, o ensino de sequências adequadas para vestir as diferentes peças de roupa e o incentivo à autonomia/auto cuidado. Reforçando esta noção, Vogelpohl, Beck, Heacock & Mercer, (1996) concluíram, num estudo sobre cuidadores de pessoas com demência, que os cuidadores contribuem para a perda de desempenho funcional quando substituem a pessoa no ato de vestir em vez de incentivarem a autonomia. Apesar do estudo estar focalizado numa patologia diferente é legítimo pensar que no caso da Pessoa com AVC a situação seja similar.

A DGS (2010) e a OMS (2004) defendem um treino precoce da Pessoa com um AVC, promovendo a independência na Atividade de Vida Vestir-se, no que concerne à capacidade de vestir camisas, camisolas, calças ou saias, meias e sapatos/calçado.

De acordo com a DGS (2010, p. 126) “o treino de vestuário no doente com hemiplegia vai depender dos compromissos motores e sensitivos presentes e das capacidades cognitivas”. O mesmo autor advoga, por razões de segurança, que o treino destas atividades deve ser feito na posição de sentado ou eventualmente deitado.

Suzuki *et al.* (2006) referem que para a Pessoa com hemiparésia e AVC o ato de vestir é mais difícil do que despir, tal como é também mais exigente vestir ou despir peças de roupa acima da cintura para cima (*upper-body*) do que abaixo (*lower-body*).

Da revisão da literatura efetuada (DGS, 2010; Suzuki *et al* 2006; OMS, 2004; NSA, 2011), é possível referir um conjunto de princípios a ter em consideração no treino desta Atividade de Vida numa Pessoa com AVC e hemiplegia ou hemiparésia:

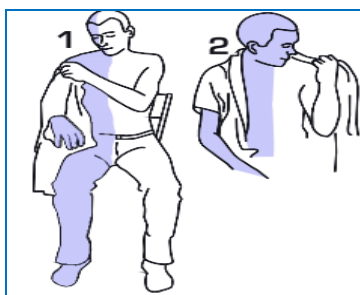
Como princípio mais geral a Pessoa com AVC deve estar sentada e com os pés totalmente apoiados no chão. Sempre que possível deve incentivar-se a utilização dos membros do lado afetado na realização das diversas atividades, no sentido de promover a reeducação funcional e a estimulação sensorial.

Vestuário da cintura para cima

Camisa: A vestir, deve começar pelo lado afetado, dar a volta por detrás da cabeça, segurando no colarinho, vestindo, no final o lado não afetado (Figura 2).

Os botões do meio deverão ser os primeiros a serem abotoados, uma vez que são os mais visíveis, permitindo ver o que se está a fazer. Deverá continuar-se depois com os de baixo, deixando os de cima para o fim. Para despir, deverá começar pelo lado não afetado.

Figura 2 Treino de AV - Vestir uma camisa



Fonte: <http://www.abavc.org.br/informativo/atividades-da-vida-diaria-e-instrumental/>. Acedido a 13/06/2011.

Camisola Fechada: A vestir deve começar-se pela cabeça, rodando ligeiramente o decote até obter a manga da camisola do lado afetado à frente, vestir o lado afetado, seguindo-se o não afetado. A despir deve puxar a camisola sobre a cabeça com a mão não afetada, seguidamente retira primeiro o membro superior não afetado e posteriormente, com a mão não afetada retira a manga do membro superior afetado.

Soutien: Se possível, usar *soutien* que aperte à frente. Se for apertado atrás: colocar o *soutien* à volta da cintura com a parte de trás para a frente. Apertar os colchetes e rodá-lo para a posição correta. Com a mão não afetada, levar as alças até aos ombros.

Vestuário da cintura para baixo

Calças ou saias: Deve começar-se pelo membro inferior não afetado, o qual deve encontrar-se cruzado sobre o não afetado. Com a mão não afetada, a Pessoa coloca a calça ou saia na perna afetada. Posteriormente desce o pé, deixando o calcanhar em contato com o chão e coloca a calça ou saia na sua perna não afetada. Finalmente adota a posição de pé e puxa as calças ou saias, usando a mão não afetada (Figura 3). Para despir o procedimento é inverso.

Figura 3 Treino de AV - Vestir Calças



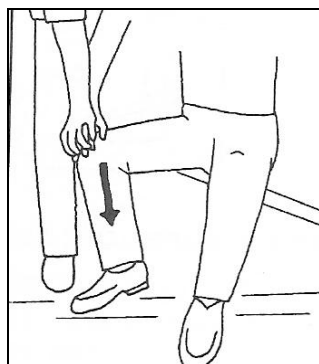
Fonte: OMS (2004) – Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. São Paulo: Artmed Editora.

Meias: Deve cruzar o membro inferior afetado sobre o não afetado, colocando posteriormente a meia com a mão não afetada (introduzir a mão em concha dentro da meia e seguidamente afastar os dedos, de forma a permitir a passagem do pé). Repetir procedimentos para calçar meia no pé do membro não afetado.

Sapatos: Deverá cruzar o membro inferior afetado sobre o não afetado, e calçar com a mão não afetada, se possível com ajuda da mão afetada (Figura 4). Alternativamente poderá calçar o pé afetado mantendo o calçado no chão e com a ajuda do membro superior não afetado, colocar os dedos do pé afetado dentro do calçado e pressionar posteriormente o joelho para introduzir o calcanhar (Figura 5).

Figura 4 Treino de AV - Calçar

Fonte: <http://www.abavc.org.br/informativo/atividades-da-vida-diaria-e-instrumental/>. Acedido a 13/06/2011.

Figura 5 Treino de AV - Calçar (método alternativo)

Fonte: OMS (2004) – Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. São Paulo: Artmed Editora.

Deve sugerir-se a utilização de calçado fechado, sem atacadores, de base larga, bem ajustado ao pé (sem no entanto apertado demasiado) e anti derrapante, embora sem provocar demasiado atrito que dificulte a mobilização.

Todas estas atividades necessitam de treino contínuo, a iniciar no hospital e a continuar no domicílio até porque, como reconhecem Perlini & Faro (2005), as atividades como vestir e despir, abotoar botões, calçar meias ou sapatos exigem coordenação motora, destreza manual e necessitam de ambas as mãos para serem executadas, pelo que é exigido uma reeducação e treino intenso para manter a independência nestas atividades de vida após um AVC.

Para facilitar as atividades inerentes à independência da Pessoa com AVC estão disponíveis no mercado alguns produtos de apoio como dispositivos para calçar meias, calçadeiras, ganchos para vestir e despir, puxadores de fechos *eclair* ou ganchos para abotoar (<http://www.ajudas.com/>, acedido a 12/11/2011; OMS, 2004).

Estes produtos não devem ser utilizados de forma precipitada, deve fazer-se uma adequada avaliação da situação específica de cada Pessoa com AVC no sentido de

diagnosticar a sua necessidade. A este respeito Booth, Davidson, Winstanley & Waters (2001) afirmam que as abordagens compensatórias, incluindo a utilização de produtos de apoio nem sempre são favoráveis para a reabilitação Atividade de Vida Vestir-se, pois é importante que as Pessoas com AVC possam praticar as suas habilidades sem qualquer tipo de apoio ou ajuda, devendo os técnicos de saúde em geral e os enfermeiros de reabilitação em particular, promover a máxima independência possível nesta Atividade de Vida.

1.2 – O Prestador de Cuidados e a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

O apoio das Pessoas com AVC após a alta hospitalar é recrutado principalmente no seio familiar, através da assunção do papel de Prestador de Cuidados por um dos membros da família (Martins, 2002).

Os estudos consultados revelam que os Prestadores de Cuidados são principalmente os cônjuges ou filhos, habitualmente do sexo feminino, mais novos que a Pessoa com AVC e com uma idade média entre os cinquenta e os sessenta anos (Greenwood *et al.*, 2008; Visser-Meily *et al.*, 2005; Lui, Ross & Thompson, 2005; Wallengren, Friberg & Segesten 2008). Neste sentido, Karsh (2003) refere existirem “... quatro fatores, geralmente presentes, na designação da Pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); género (principalmente mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).”

Perlini & Faro (2005) referem que a experiência de cuidar de alguém acometido por AVC em casa tem-se tornado cada vez mais frequente.

Relativamente ao nível de escolaridade Brito (2002), no seu estudo sobre a saúde mental dos Prestadores de Cuidados a familiares idosos, constata que em relação à escolaridade, a maioria dos inquiridos frequentaram apenas o 1º ciclo do ensino básico (63,3%), dos quais apenas 39% completaram esse nível de escolaridade. De notar ainda que no ensino superior encontram-se apenas 7,3 % dos inquiridos do estudo.

No que concerne à atividade profissional dos Prestadores de Cuidados, Rodriguez & Castiello (1995), citados no estudo de Brito (2002), referem que a maioria dos Prestadores de Cuidados não auferem emprego remunerado.

A dependência total do doente com AVC para se movimentar no leito, ou para se transferir para o cadeirão é frequente, o que obriga a que o Prestador de Cuidados

possua boas condições habitacionais. Martins (2002) refere que as condições habitacionais podem associar-se às condições económicas e relacionar-se também com as barreiras arquitetónicas em determinadas incapacidades frequentes na mobilização do doente com AVC.

Neste mesmo sentido a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho (1994) indica que a acumulação de um trabalho remunerado com a função de prestação de cuidados não constitui o modelo predominante. Apesar disso, cada vez mais há tendência, na sociedade atual, para se exercer uma atividade profissional até idades mais elevadas, o que faz despoletar problemas em conciliar as duas funções, sobretudo e mais frequentemente nas mulheres, tradicionais Prestadoras de Cuidados de idosos dependentes, crianças e jovens.

Consciente de toda esta situação a DGS (2004) emitiu uma circular normativa em que enfatiza a reunião e participação dos Prestadores de Cuidados, devendo a equipa responsável pela Pessoa com AVC assegurar a boa gestão do plano pós-alta hospitalar, visando a reabilitação do utente e o apoio ao Prestador de Cuidados.

Esta posição da DGS, justifica-se plenamente uma vez, que após o regresso a casa da Pessoa com AVC, o Prestador de Cuidados é confrontado como uma situação, habitualmente nova, que implica um processo faseado de adaptação e de transição.

Wallengren *et al.* (2008), num estudo com metodologia fenomenológica, concluem existirem duas etapas nas vivências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com AVC: A primeira foi designada por uma desorganização inicial - “*being in chaos*” - caracterizada pela constatação abrupta da situação de dependência da Pessoa com AVC e em que o cuidador sente perturbações a nível do seu estado de saúde físico e psíquico, sente-se também inseguro, só e mal preparado para assumir o seu novo papel. A segunda etapa refere-se a um processo de reorganização - “*searching for order in chaos*” - caracterizada por uma assunção gradual do seu novo papel, iniciando-se um processo de reflexão sobre o futuro, com a consciencialização da necessidade de apoio, inclusivamente dos profissionais de saúde, existindo nesta fase uma maior predisposição para a aprendizagem e em que o contato com os profissionais gera sentimentos de esperança e segurança.

É possível encontrar aspetos que facilitam o papel de Prestador de Cuidados, designadamente as características psicológicas individuais dos Prestadores de Cuidados, assim como a adoção de estratégias de *coping*, a sua auto estima elevada e competências adquiridas. São referidos ainda, como aspetos facilitadores, a gestão /

coordenação dos cuidados, o progresso/recuperação da Pessoa com AVC, o papel de mestria do cuidado, o apoio social, da comunidade /ambiente e acessibilidade dos recursos (Greenwood *et al.*, 2008).

Como obstáculos principais, o mesmo autor refere a sobrecarga do Prestador de Cuidados da Pessoa com AVC, o surgimento de sentimentos depreciativos como sensação de incómodo e sensação de perda da “vitalidade”. Cao *et al.*, 2010 acrescentam ainda a falta de colaboração com a equipa de saúde, a intensidade da situação de cuidado, o *stress* induzido pelos cuidados prestados e a falta de apoio da comunidade para com o Prestador de Cuidados.

No que concerne à sobrecarga do Prestador de Cuidados, Van Exel *et al.*, 2005 identificam dois tipos principais no cuidar da Pessoa com AVC: a subjetiva e a objetiva. A sobrecarga subjetiva é o impacto emocional da experiência de cuidar e a objetiva tem a ver com a realização do auto cuidado, a mobilidade, as atividades instrumentais, a gestão financeira e o tempo gasto em cada tarefa. Ainda de acordo com o mesmo autor, a sobrecarga do Prestador de Cuidados mais correlacionada com o auto cuidado é mais sensível ao número de tarefas realizadas do que ao tempo gasto em cada uma delas.

Num estudo qualitativo de Araújo *et al.* (2008), conclui-se que muitos Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC apresentam sentimentos de falta de apoio dos profissionais de saúde após a alta hospitalar e de incapacidade/impreparação para a responsabilidade da continuidade de cuidados, nomeadamente no que concerne à satisfação das atividades de vida.

Corroborando o já reconhecido por autores anteriores, Hinojosa & Rittman (2007), num estudo sobre as necessidades de informação dos cuidadores de Pessoas com AVC, concluíram que estes não detêm os conhecimentos e competências adequadas para darem continuidade ao processo de reabilitação no seu domicílio.

As Atividades de Vida como Higiene Pessoal, Vestir-se e Comer e Beber destacam-se nos estudos como sendo das que requerem mais disponibilidade de tempo do Prestador de Cuidados. A melhoria do nível motor da Pessoa com AVC e da função cognitiva é associada a reduções de até 20 minutos por dia, no tempo gasto nos cuidados prestados. Quanto maior a quantidade de cuidados necessários, maior será o impacto sobre a qualidade/estilo de vida do Prestador de Cuidados (Tooth *et al.*, 2005 e Visser-Meily *et al.*, 2005).

Os estudos consultados revelam, igualmente, que os problemas vivenciados pelos Prestadores de Cuidados são afetados com as mudanças emocionais, cognitivas e

funcionais que ocorrem na Pessoa com AVC. Neste sentido, os cuidadores vão experienciando sentimentos de incerteza e revelando dificuldade na resolução de problemas que vão surgindo com o decorrer do tempo (Mackenzie *et al.*, 2007; Lui *et al.*, 2005).

O aumento das competências e dos conhecimentos é tido como um facto importante para ajudar ou prevenir a sobrecarga do Prestador de Cuidados, podendo ser feito em forma de curso ou de sessões de educação para a saúde (Van Exel *et al.*, 2005; Visser-Meily *et al.*, 2005; Tooth *et al.* 2005; Brereton *et al.*, 2007 e Lui *et al.*, 2005).

De acordo com Cao *et al.* (2010), deve transmitir-se aos Prestadores de Cuidados informação sobre o seu papel e as barreiras que poderão encontrar. Tooth *et al.*, 2005 & Brereton *et al.*, 2007 destacam a importância do treino de competências dos Prestadores de Cuidados no sentido de promover a sua mestria no Cuidar da Pessoa com AVC.

Buschenfeld, Morris & Lockwood (2009), Mak *et al.* (2007) e Wallengren *et al.* (2008) concluem ser premente um maior apoio institucional aos Prestadores de Cuidados da Pessoa com AVC no domicílio. Dos vários estudos consultados emergem como prioridades melhorar o acesso aos equipamentos de apoio, promover as visitas domiciliárias e também o apoio socio-emocional.

Araújo *et al.* (2008, p. 49) resume de forma bastante sucinta o perfil do Prestador de Cuidados da Pessoa com AVC no domicílio, nas conclusões de um estudo de natureza qualitativa:

“Os nossos actores foram predominantemente mulheres idosas que cuidam dos seus maridos, em que no momento da alta clínica sentiram tristeza, medo, revolta, desamparo, insegurança, sobrecarga e muita responsabilidade. Estas mulheres assumiram o papel de cuidadoras por dever moral, sentimentos de amor e piedade, solidariedade conjugal e para evitar a institucionalização do idoso dependente. Identificam o enfermeiro como a principal fonte de suporte de apoio (...) Pelos relatos podemos afirmar que a continuidade de cuidados ainda não é uma realidade e que os ensinamentos, orientações, instruções, treinos não vão de encontro às necessidades expressas pelos cuidadores. Os enfermeiros cuidam só do indivíduo dependente, descurando-se do cuidador principal e da família.”

São pois vários os problemas com que se depara o Prestador de Cuidados da Pessoa com AVC: habitualmente uma idosa que cuida de um idoso, com poucos recursos económicos, com poucos conhecimentos e competências sobre o processo de reabilitação de quem cuida, pouco apoio por parte dos profissionais de saúde e com condições habitacionais inapropriadas para a promoção da acessibilidade e facilitar a prestação dos cuidados.

1.3 – Referencial Teórico

De forma a poder contextualizar devidamente o modelo teórico de enfermagem preconizado por Roper *et al.* (2001) será importante perceber qual a linha de pensamento das autoras em relação à definição de conceito e de modelo conceptual.

Assim, e de acordo com Roper *et al.* (2001), o conceito é uma representação simbólica para uma classe de objetos, que permite a generalização, a organização, gestão e a massificação de dados.

Fawcett (1995) citado por Roper *et al.* (2001, p.28) define modelo concetual como “um conjunto de conceitos abstratos e as proposições (afirmações que ligam os conceitos) que integram esses conceitos numa configuração significativa”.

O modelo de vida desenvolvido por Roper *et al.* (2001) congrega cinco componentes fundamentais (figura 6):

1. As Atividades de Vida (AV);
2. A duração de vida;
3. O *continuum* dependência/independência;
4. Os fatores que influenciam as AV;
5. A individualidade da vida.

De acordo com as autoras deste modelo todos estes componentes fundamentais se articulam entre si, existindo uma ligação íntima e permanente entre todos eles.

Figura 6 Diagrama do Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney



Fonte: Roper, Logan & Tierney, A (2001). *O modelo de enfermagem Rooper-Logan-Tierney*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi

De acordo com este modelo todo o ser humano é único e singular (individualidade da vida) e durante o seu ciclo vital (duração da vida) desenvolve, personalizadamente, uma série de atividades intimamente relacionadas com o conceito de “viver”. Essas Atividades de Vida, são concetualizadas pelas autoras num sentido lato, sendo que cada

atividade tem múltiplas dimensões e é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Durante a duração da vida, existe um *continuum* de dependência/independência em cada AV, suscetível de serem modificados/condicionados pelos fatores supra citados (Roper *et al.*, 2001)

Na Figura 6 a duração da vida encontra-se representada por uma linha reta de sentido único, iniciando-se na concepção e terminando na morte, que é o último ato do ciclo vital. À medida que a Pessoa avança ao longo do seu ciclo vital, assistimos a uma série de mudanças contínuas, sendo que cada aspeto da vida é condicionado pelos fatores suscetíveis de influenciar as atividades de vida, quer individualmente, quer de uma forma mais genérica (Roper *et al.*, 2001).

Os fatores que influenciam as Atividades de Vida são agrupados em cinco grupos, já inicialmente enumerados e representados na figura 6. Os fatores relacionam-se, quer com os outros componentes do modelo, quer entre eles próprios.

De acordo com Roper *et al.* (2001, p. 69) os fatores biológicos referem-se “...ao desempenho anatómico e fisiológico do corpo humano, o que é em parte determinado pela herança genética do indivíduo”.

As mesmas autoras consideram que os fatores psicológicos condicionam o desenvolvimento intelectual e emocional, influenciando também o nível de independência de cada Pessoa. A infância assume aqui um papel fulcral, com a estimulação sensorial a contribuir maciçamente no sucesso da aprendizagem (Holland, Jenkins, Solomon & Whittam, 2004; Roper *et al.*, 2001).

No modelo de vida de Roper, Logan e Tierney, os fatores socioculturais englobam aspetos espirituais, religiosos e éticos da vida e influenciam a vida em toda a sua duração. Aspetos socioculturais considerados como normas numa determinada sociedade podem ser considerados inadequados noutra, pelo que devem ser tidos sempre em consideração na individualidade da vida (Holland, *et al.*, 2004; Roper *et al.*, 2001).

No que diz respeito aos fatores ambientais, estes englobam tudo o que é externo à Pessoa. A começar pelo próprio vestuário pessoal, pela habitação (no sentido de lar), restantes edifícios, a vegetação e a própria atmosfera, as partículas orgânicas e inorgânicas, os diferentes tipos de radiações, assim como o som - ou a sua ausência. Inserido neste fator há uma moderna perspetiva ecológica e de equilíbrio entre o homem e a natureza, que as autoras concetualizam na descrição de habitat natural e edificado (Holland *et al.*, 2004; Roper *et al.*, 2001).

Roper *et al.* (2001) incluem também no modelo os fatores político económicos, que caracterizam como dizendo respeito (p. 79) “...à integração de aspetos de vida que têm

uma relação jurídica”. Justificam esta conceção na medida em que a pressão e a ação político económica são refletidas na legislação de cada estado, de cada região e do mundo como um todo.

Na forma como a sociedade moderna está hoje organizada, todos os cidadãos são suscetíveis de influenciar o processo de decisão político económico, estando contudo também obrigados a cumprir as normas e as leis definidas pelos estados. Todas as atividades de vida acabam por se articular, influenciando e sendo influenciadas pela teia jurídico-legal existente, a qual está intimamente relacionada com os referidos fatores político económicos vigentes (Holland *et al.*, 2004).

O presente modelo teórico associa a Atividade de Vida Higiene com o Vestir-se, designando-se AV Higiene Pessoal e Vestir-se. No entanto, e de acordo com Roper *et al.* (2001. p. 29), cada AV “tem muitas dimensões e será na verdade mais concetualizada como uma atividade global composta por algumas atividades especiais”. Apesar de englobado com a Higiene Pessoal, o Vestir-se é também abordado de forma específica pelas autoras. Partindo destes pressupostos, isolaremos o conceito de Vestir-se, uma vez que é este o âmago do estudo.

Desta forma, será utilizado o conceito da AV Vestir-se, conceptualmente conectado com os preceitos teóricos de Roper *et al.* (2001) e enquadrado com a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® (versão 2), disponível no *browser online* da área reservada da Ordem dos Enfermeiros – <https://membros.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>. Acedido em 17.05.2011.

Para este estudo, e tendo por base as autoras referidas anteriormente, entende-se por AV Vestir-se o ato de trocar de roupa, o qual inclui a seleção e aquisição do vestuário e calçado, a capacidade para abotoar e apertar os fechos tanto na parte superior como inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado. Deve-se ter presente que atualmente o vestuário funciona como uma importante forma de comunicação não verbal e que a maioria das pessoas utiliza o vestuário e o calçado como forma de adorno pessoal.

Num estudo de investigação na ótica das ciências de enfermagem será importante clarificar o conceito de Pessoa, pois dele também emerge uma base concetual clarificadora da missão da enfermagem como profissão. Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 6) Pessoa “é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada Pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-

se.” Estabelecendo um paralelismo com o modelo teórico, esta autodeterminação parece relacionar-se com o conceito de independência de Roper *et al.* (2001, p. 67) assente na capacidade de desempenhar cada atividade de vida “num padrão pessoal e socialmente aceitável, sem ajuda”.

É pois função da enfermagem capacitar a Pessoa para a sua autodeterminação, para a máxima independência.

Estas premissas são claras no modelo teórico selecionado e tornam-se fundamentais no processo de cuidar do enfermeiro: quer nos cuidados diretamente prestados à Pessoa com AVC, quer a nível da educação para a saúde, mais concretamente no desenvolvimento de competências do seu Prestador de Cuidados.

Quem cuida da Pessoa com AVC no domicílio é frequentemente referenciado com nomenclaturas diferentes, de acordo com os autores consultados. São designados como cuidadores informais, cuidadores principais, familiares, ou simplesmente cuidadores. De forma a tornar o conceito claro optou-se por utilizar o conceito da CIPE®.

Na versão 1 da versão portuguesa traduzida da Ordem dos Enfermeiros (<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>, acedido a 11/11/2011) o conceito que é transversal às diversas designações anteriores é o de Prestador de Cuidados, o qual é definido como “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.” Entendendo-se depois o papel de Prestador de Cuidados na versão 2 da CIPE® (2010) como o:

“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”

O último conceito que importa clarificar relaciona-se com as experiências dos Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC no domicílio.

Assim, e para o caso específico deste estudo, o conceito de experiências assume um sentido lato (Dicionário *online* Priberam da Língua Portuguesa, 2011), englobando, a nível de cada um dos Prestadores de Cuidados, os conhecimentos adquiridos através da prática diária de cuidar da Pessoa com AVC, a forma como decorreu o seu processo de adaptação, como foi o seu sentir, as suas dificuldades, assim como o tipo de apoio que obteve, quer a nível formal, quer informal.

2 – METODOLOGIA / TRABALHO DE CAMPO

O processo científico permite a construção de um processo racional, sistemático, controlado, empírico e crítico. Seguindo esta primeira premissa orientadora, este segundo capítulo pretende clarificar os procedimentos metodológicos utilizados no estudo, assim como os seus objetivos (Quivy & Campenhoudt, 1998; Fortin, 2003).

2.1 – Justificação do estudo/pergunta de partida

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998, p. 39) para um investigador o problema inicial é “...muito simplesmente o de saber como começar bem o seu trabalho”. Para este autor uma boa forma de iniciar um projeto de investigação é através da identificação de uma pergunta de partida.

Os critérios/qualidades de uma boa pergunta de partida, de acordo com o mesmo autor são: a clareza, a exequibilidade e a pertinência.

No mesmo sentido Fortin (2003) alude a que a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e seja revestido de interesse para a sua área disciplinar.

Partindo deste pressuposto o tema selecionado, foi o de “viver com mobilidade reduzida após um AVC”.

Para além dos preceitos teóricos referenciados e tendo por base alguns estudos elencados no enquadramento teórico - concetual, justificou-se também a escolha deste tema pelo facto do autor ter alguma experiência ao nível do desenvolvimento da sua atividade profissional (cerca de doze anos) num serviço de medicina, local com uma elevada taxa de internamento de utentes com AVC. Durante esse período contactou quase diariamente com utentes com AVC e seus Prestadores de Cuidados.

Foram muitas as vezes que após a alta hospitalar, o autor se questionou sobre a forma como eram experienciados os cuidados à Pessoa com AVC, na perspetiva do Prestador de Cuidados.

Esta situação está bem patente a nível da dependência da Pessoa com AVC nas diversas Atividades de Vida, sendo que uma das que poderá necessitar de maior estudo relaciona-se com AV Vestir-se, pois é também a menos visada em trabalhos de investigação e a que aparenta (através da experiência profissional do autor) ser alvo de menor investimento a nível dos programas de formação para a saúde dos enfermeiros aos Prestadores de Cuidados.

A pergunta de partida que o autor formulou no presente estudo foi a seguinte:

“Quais as experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com hemiparésia/hemiplegia pós AVC em relação à Atividade de Vida (AV) Vestir-se?”

2.2 – Tipo de estudo

Para Fortin (2003) é possível destacar dois métodos principais de investigação: o método quantitativo e o método qualitativo.

Procurando distinguir os dois métodos, Bell (1997, p. 20) indica-nos que:

“...os investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam as relações entre eles. Realizam medições com a ajuda de técnicas científicas que conduzam a conclusões quantificadas e, se possível, generalizáveis. Os investigadores que adoptam uma perspectiva qualitativa estão mais interessados em compreender as percepções individuais do mundo”.

De acordo com Fortin (2003, p. 148) os participantes de um estudo qualitativo “tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular”.

Tendo por base os pressupostos teóricos supracitados, assim como a pergunta de partida formulada, o autor opta por realizar um estudo de cariz metodológico qualitativo. Trata-se também de um estudo exploratório e descritivo, uma vez que existe pouco conhecimento publicado sobre o tema em causa e porque se pretende conhecer melhor as características de uma determinada população (Fortin, 2003; Andelowski, 2000; Shenton & Hay-Gibson, 2009).

2.3 – Objetivo do estudo

Fortin (2003, p. 99) indica-nos que “o objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”.

Foi delineado como objetivo geral do estudo, o seguinte:

- Conhecer as experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com hemiparésia/hemiplegia pós AVC em relação à AV Vestir-se.

Desta pergunta inicial emergiram outras questões de investigação, de carácter mais parcelar, nomeadamente:

- Que dificuldades experienciaram os Prestadores de Cuidados na AV Vestir-se ao cuidarem da Pessoa com AVC?
- Quais os apoios formais e informais do principal Prestador de Cuidados?
- Que formação teve o Prestador de Cuidados em relação à AV Vestir-se?

- Como é feita a seleção do vestuário?
- Qual o tipo de ajuda dada pelo principal Prestador de Cuidados a nível da AV Vestir-se?
- Quais os sentimentos experienciados pelo Prestador de Cuidados durante o apoio prestado na AV Vestir-se?

2.4 – Seleção dos participantes no estudo

No presente estudo utilizou-se uma amostra não probabilística accidental, selecionando-se intencionalmente seis (6) Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC, da área de abrangência do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE - Unidade de Abrantes. De acordo com Fortin (2003, p. 208) a amostra accidental é composta “...por sujeitos que são facilmente acessíveis”, sendo este o principal motivo da opção por este tipo de amostragem, dado o reduzido tempo disponível para a concretização do estudo.

Não foi feita distinção de sexo, sendo que a idade mínima para participar no estudo foram os dezoito anos.

De forma a garantir a fiabilidade e exequibilidade do estudo definiram-se previamente alguns critérios para a seleção dos participantes no estudo, os quais se apresentam esquematizados no quadro 1.

Quadro 1 Critérios de inclusão/exclusão para a seleção dos participantes no estudo

Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
<p>Residir na área de abrangência da Unidade de Abrantes do Centro Hospitalar do Médio Tejo, mais precisamente nos concelhos de Abrantes, Mação, Vila de Rei, Constância, Sardoal, Ponte de Sor e Gavião.</p> <p>Ser o principal Prestador de Cuidados da Pessoa com AVC há pelo menos 30 dias.</p> <p>A Pessoa de que cuida ser dependente na AV Vestir-se (de acordo com o índice de Barthel).</p> <p>A Pessoa de que cuida deverá ter como sequelas de AVC hemiparésia ou hemiplegia.</p> <p>Quererem participar no estudo.</p>	<p>Idade inferior a 18 anos.</p> <p>A atividade de Prestador de Cuidados não poderá ser remunerada.</p> <p>A Pessoa com AVC não poderá estar institucionalizada (exemplo: residir em lar ou casa de acolhimento).</p>

2.5 – Instrumento de recolha de dados

De acordo com Bell (1997, p. 118) “ a grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade. Um entrevistador habilidoso consegue explorar determinadas ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos”. Estas características específicas da entrevista parecem ir de encontro às pretensões do autor no que concerne a conhecer as experiências dos Prestadores de Cuidados à Pessoa com AVC a nível da AV Vestir-se.

O autor não optou pela entrevista estruturada, uma vez que oferece menos liberdade ao participante, assumindo o entrevistador um controlo rigoroso do processo. No outro extremo a entrevista não estruturada dá total liberdade para o participante expor as suas ideias, mas a tem a desvantagem de poder consumir demasiado tempo, uma vez que não permite direcionar parcialmente o entrevistado. Desta forma, optou pela entrevista semi estruturada que, como o próprio nome indica, situa-se nalgum ponto entre as duas classificações anteriores, podendo ter diferentes níveis intermédios de estruturação (Bogdan & Biklen, 1999; De Ketele & Roegiers, 1999; Fortin, 2003 e Quivy, 1998).

Com o objetivo de otimizar este método de recolha de dados, o autor elaborou um guião de entrevista, que se anexa ao estudo (ANEXO I).

Prévia e atempadamente foram solicitadas autorizações para a realização das entrevistas aos participantes (Prestadores de Cuidados) e à Pessoa com AVC através da formalização de uma declaração escrita de consentimento informado (ANEXO II). Os participantes foram devidamente informados dos objetivos do estudo de investigação, garantindo-se o direito de confidencialidade e anonimato durante o processo. De acordo com Fortin (2003) o consentimento deve ser livre e dado sem que nenhuma ameaça, pressão ou promessa seja exercida sobre os participantes.

Paralelamente, e de forma a garantir que o estudo respeitasse todas as considerações éticas elegíveis, foi requerida autorização ao conselho de administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo (ANEXO III), para o autor poder consultar as cartas de referenciação de alta de enfermagem utilizadas nos serviços de medicina, objetivando facilitar o processo de seleção e contacto com os participantes no estudo.

Foram realizadas seis entrevistas, que decorreram entre seis de Abril e quatro de Maio de 2011. A primeira entrevista foi executada numa perspetiva de entrevista piloto, tendo-se testado a funcionalidade do guião previamente construído e de ganhar alguma experiência prática. Esta entrevista foi bem sucedida, tendo-se aproveitado para utilização no estudo.

Procurou-se que as entrevistas decorressem num ambiente privado, calmo e sereno, de forma a favorecer a expressão de sentimentos e emoções, utilizando-se como instrumento específico de gravação áudio, o suporte em fita magnética. Optou-se por transcrever integralmente as entrevistas logo após a sua realização, de forma a estarem ainda presentes todos os elementos que a contextualizaram, ficando registado em notas de campo os dados colhidos através de observação, conversação informal não gravada e eventual recolha de informação proveniente de suporte documental. No início de cada transcrição elaborou-se uma pequena informação, onde constava a hora, local da entrevista, bem como uma caracterização sumária do ambiente em que a mesma decorreu.

Em duas das entrevistas realizadas sentiu-se a necessidade de realizar uma segunda entrevista. Num dos casos por o participante ter alguma dificuldade em expressar-se, devido à sua personalidade mais reservada e noutro caso por se ter a sensação de poder obter mais dados numa segunda entrevista.

Todas as entrevistas foram codificadas no momento da transcrição, tendo-se destruído imediatamente o registo áudio após a sua leitura e codificação. No ANEXO IV encontra-se uma das entrevistas transcritas (E₃).

2.6 – Tratamento e análise dos dados

O tratamento e análise de dados foi efetuado utilizando-se a metodologia da análise de conteúdo. De acordo com Campo e Egbert (2009, p. 259), esta “abrange um conjunto de técnicas de organização de comunicações/informações - um procedimento frente a dados qualitativos para fazer emergir temas/tópicos e conceitos/conhecimentos”.

Outros autores advogam tratar-se de um conjunto de técnicas metódicas e sistemáticas de análise da comunicação, visando partir à descoberta do significado do conteúdo de mensagens decorrentes de vários instrumentos de recolha de dados, nomeadamente de entrevistas, de observação ou de análise documental (Bardin, 2009; Moraes, 1999).

Foram preconizadas as premissas conceptuais de Bardin (2009), pelo que a linguagem e os pressupostos teórico-metodológicos utilizados estão de acordo com o que é defendido pela autora.

No que concerne às diferentes etapas da análise de conteúdo, estas foram adaptadas à tipologia do estudo em causa, tendo sempre por base os princípios defendidos por Bardin (2009), socorrendo-se o autor da organização prática dos

procedimentos defendidos por Moraes (1999). Será colocado em anexo um exemplo de cada uma das fases.

Etapa 1 – Preparação das informações (ANEXO IV)

Foi realizada uma leitura global de todas as entrevistas. Esta primeira leitura ocorreu logo após a transcrição e permitiu analisar o grau de adequação dos dados colhidos, retirando-se algumas dúvidas em relação à congruência ou exatidão entre os conteúdos, na relação do que foi gravado e transcrito. Foi nesta etapa também que se iniciou o processo de codificação com a atribuição da letra “E” seguida do respetivo número a cada entrevista (Exemplo - “E₁” “E₂”).

Etapa 2 – Transformação do conteúdo em unidades de registo (ANEXO V)

Foi feita uma nova leitura de cada uma das entrevistas de forma a retirar as unidades de registo, isolando-se os segmentos de texto mais significativos. Bardin (2009, p. 130) define unidade de registo como a que “corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base”.

Etapa 3 – Definição das unidades de contexto (ANEXO VI)

Foi realizada uma interpretação das unidades de registo criadas e atribui-se uma significação provisória que correspondesse ao sentido implícito que lhe estava subjacente. Essa significação provisória é designada segundo Bardin (2009) como unidade de contexto, tendo como propósito “servir de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (...) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo” (Bardin, 2009, p. 132).

O processo foi várias vezes repetido, tendo em vista uniformizar as unidades de contexto provisórias, procurar unidades de contexto detetadas numa determinada entrevista e não detetada noutra, assim como, eventualmente, detetar novas unidades de contexto.

Etapa 4 – Categorização

Através da análise das unidades de registo e das unidades de contexto foi realizado um processo de categorização.

De acordo com Bardin (2009, p. 145) “ a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...) as categorias são rúbricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos”. De acordo com a mesma autora um

conjunto de categorias deve ter como qualidades essenciais: a exclusão mutua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e a fidelidade e finalmente a produtividade.

Num primeiro momento (Etapa 4/Fase a)) foram identificadas as sub categorias (ANEXO VII), posteriormente (ANEXO VIII) as categorias (Etapa 4/Fase b)) e finalmente (ANEXO IX) as áreas temáticas (Etapa 4/Fase c)).

Numa derradeira fase (Etapa 4/Fase d)) do processo de categorização, procurou-se, através de múltiplos ensaios, uniformizar a linguagem e garantir simultaneamente a congruência entre todos os componentes, estabelecendo-se assim um plano de categorias envolvendo todo o *corpus* retirado das seis entrevistas realizadas (ANEXO X), construindo-se posteriormente a grelha de análise final (ANEXO XI).

Será importante referir que ao analisar o conteúdo das entrevistas não se esteve vinculado a uma grelha categorial preexistente, pois não se optou por impor categorias que poderiam não traduzir a intenção dos participantes. Partindo deste princípio todo o processo de categorização foi definido *a posteriori*. Foi assim utilizado um processo de classificação analógica e progressiva dos elementos, através de um processo de comparação constante, utilizando-se uma árvore ramificada de codificação (Bardin, M. 2009).

De acordo com Bardin (2009) e Moraes (1999) no processo de categorização é necessário processar o material em análise de forma cíclica, em que as diversas categorias se vão refinando progressivamente. Foi esse um dos princípios que o autor teve em consideração, revelando ser uma tarefa árdua, exigente, complexa e que torna o percurso mais moroso, tendo como contrapartida uma maior fiabilidade dos resultados obtidos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a análise de conteúdo compreende ainda duas etapas adicionais (Etapas 5 e 6 - as quais correspondem, respetivamente, à descrição e à interpretação dos conteúdos das mensagens). Dado que as suas características correspondem à apresentação, interpretação e discussão dos resultados, estas duas últimas etapas serão englobadas no capítulo seguinte.

3 – APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo será dedicado à apresentação dos resultados obtidos, tendo em vista responder à pergunta de partida previamente colocada. Foram também tidas em consideração as outras questões de investigação formuladas, assim como o objetivo geral definido.

Serão evidenciados os resultados mais relevantes, iniciando-se por uma breve caracterização dos participantes no estudo.

Será feita uma análise dos resultados, através de uma comparação dos dados obtidos, tendo como referência o quadro teórico concetual e a revisão da literatura efetuada. A discussão dos resultados, em que se procurará complementar e contrapor ideias e conhecimentos, terá lugar ao longo da apresentação dos resultados.

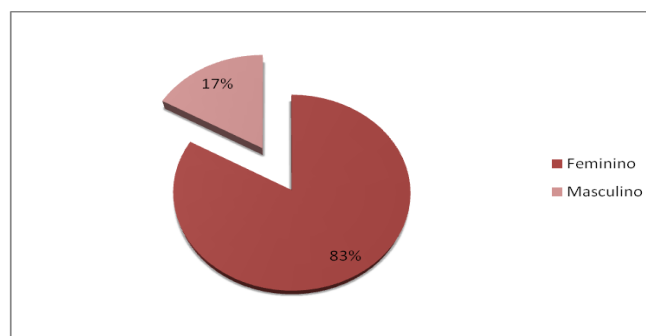
Devido às características do estudo, será importante salientar que não se pretende levar a termo qualquer extrapolação nos resultados obtidos, sendo que estes apenas emergem e representam os participantes do presente estudo.

3.1 – Breve caracterização dos participantes no estudo

Será inicialmente realizada uma caracterização sócio demográfica da amostra estudada.

Os Prestadores de Cuidados participantes no estudo foram maioritariamente do género feminino (83%), sendo que apenas 17% pertenciam ao género masculino (gráfico 2).

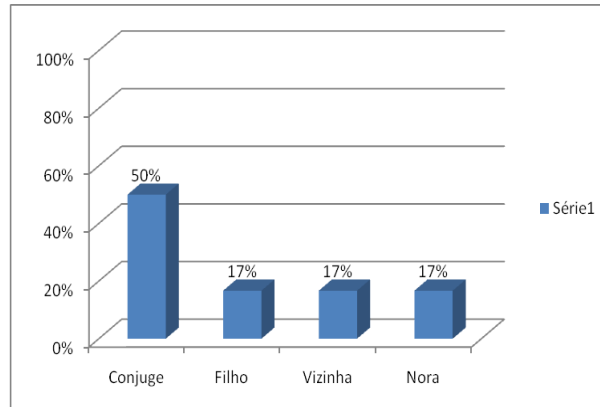
Gráfico 2 Distribuição dos Prestadores de Cuidados por Género (%)



No que se relaciona com o grau de afinidade com a Pessoa com AVC a grande maioria dos participantes são cônjuges (50% do total dos participantes). Os restantes

Prestadores de Cuidados subdividiram-se, com igual percentagem, por nora, filho e vizinha (17% cada), como é possível observar no gráfico 3.

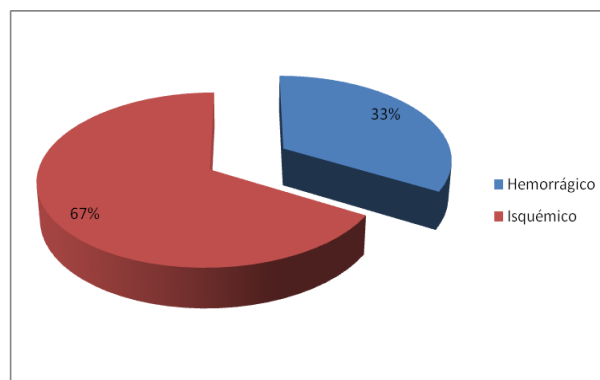
Gráfico 3 Distribuição dos Prestadores de Cuidados por grau de afinidade com a Pessoa com AVC



No que diz respeito às idades dos Prestadores de Cuidados, estas oscilam entre os 39 anos e os 75 anos, sendo a média de idades de 55 anos. Já no que concerne à média de idades da Pessoa com AVC, esta situa-se nos 70 anos.

Constatamos que o tipo de AVC predominante é o Isquémico (67% dos casos), sendo que o Hemorrágico corresponde a 33% das Pessoas com AVC (gráfico 4).

Gráfico 4 Distribuição dos tipos de AVC das Pessoas com AVC (%)



Em relação às habilitações literárias, 17 % dos Prestadores de Cuidados não sabem ler nem escrever, tendo também a mesma percentagem os que possuem como habilitações literárias o 7º ano de escolaridade. A maioria dos Prestadores de Cuidados possui o 9º ano (33%) ou o 4º ano (33%) de escolaridade.

Quanto à caracterização sócio demográfica dos participantes no estudo podemos concluir que, de uma forma genérica, os resultados obtidos são idênticos aos obtidos em estudos semelhantes consultados, nomeadamente Brito (2002), Karsh (2003),

Greenwood *et al.* (2008), Visser-Meily *et al.* (2005), Lui *et al.* (2005), Wallengren *et al.* (2008) e Martins (2002) que nos indicam que o Prestador de Cuidados é habitualmente uma mulher, cônjuge, habitualmente com idade superior a 50 anos, com habilitações literárias maioritariamente a nível do 4º ano de escolaridade. A Pessoa com AVC também surge nos estudos revistos com idade habitualmente superior a 50 anos, sendo habitualmente homem e o tipo de AVC predominante é o Isquémico.

3.2 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às dificuldades sentidas para cuidar da Pessoa com AVC

No que concerne à unidade temática “experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às dificuldades sentidas para cuidarem da Pessoa com AVC” foi possível identificar duas categorias (dificuldades externas e dificuldades internas), das quais emergiram cinco sub categorias (quadro 2).

Quadro 2 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às dificuldades sentidas para cuidar da Pessoa com AVC

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Dificuldades externas (Em relação ao ambiente)	Equipamento Inadequado
	Barreiras arquitetónicas
Dificuldades relacionadas com a situação clínica da Pessoa com AVC	Ombro doloroso
	Diminuição da amplitude articular
	Alterações do tônus muscular (hemiplegia/hemiparesia/hipotonia)
	Vestir o tronco e os membros superiores
	Falta de colaboração da Pessoa com AVC

Quanto às dificuldades externas, estas foram analisadas em relação ao meio ambiente envolvente, o qual é considerado como um fator que condiciona as atividades de vida, incluindo a Vestir-se (Roper *et al.* 2001).

Das descrições dos Prestadores de Cuidados em relação às “Dificuldades Externas (em relação ao ambiente)” destacam-se as relacionadas com o equipamento inadequado (cama demasiado alta e sem capacidade de descer) *“...e depois a cama é muito alta ...”* (E5) e as barreiras arquitetónicas na própria habitação (relacionadas principalmente com a falta de espaço) *“Eu ... tenho muitas dificuldades também é por causa .. da falta de espaço no quarto”* (E2).

Estas descrições parecem ir ao encontro de algumas recomendações técnicas dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à Pessoa com AVC, nomeadamente a necessidade da Pessoa estar sentada na cama com os pés corretamente apoiados no chão, que é fundamental no ato de vestir (DGS, 2010 e OMS 2004).

A descrição de dificuldades sentidas a nível das barreiras arquitetónicas foi também descrita na dimensão qualitativa de um estudo de Lage (2007), que nos indica que estas podem contribuir para uma diminuição considerável da autonomia.

No que diz respeito às dificuldades relacionadas com a situação clínica da Pessoa com AVC, foi possível agrupar três grupos de descrições pelos Prestadores de Cuidados.

O primeiro grupo de descrições remete para a sub categoria do ombro doloroso na Pessoa com AVC.

“dificuldade na parte do braço ... (pausa) ...Quando lhe levanto um bocadinho mais o braço ele começa-se a queixar com dores ...” (E2)

“...e dói-lhe... principalmente no ombro e dificulta a vestir ...” (E6)

A dificuldade da mobilização do ombro é também referenciada por outros autores e instituições, nomeadamente a DGS (2001, 2010), Martins (2002) e pela OMS (2004).

No segundo grupo de descrições encontram-se aspetos relacionados com a diminuição da amplitude articular, tendo como causas principais a dificuldade em mobilizar o membro superior, especialmente a nível do complexo articular do ombro, e a espasticidade. Todas as descrições referiram-se ao membro superior parético ou plégico.

“... É que o braço está muito rijo ... não mexe bem ... não estica ... (faz gesto exemplificativo) ” (E5)

“O mais difícil é mesmo o braço que não mexe ... que é muito rígido ...” (E2)

Também neste domínio os resultados obtidos vão de encontro ao que é veiculado pela OMS (2004) e a DGS (2010), que reconhecem o impacto causado pela limitação da amplitude articular na independência da Pessoa com AVC e consequentemente na necessidade de ajuda pelo Prestador de Cuidados. Mais específico, Bhakta (2000) identifica a espasticidade como elemento dificultador a nível da recuperação da independência na Atividade de Vida Vestir-se da Pessoa com AVC.

Ainda em relação às dificuldades relacionadas com a situação clínica da Pessoa com AVC, é possível identificar um terceiro grupo de descrições, agora fruto das alterações do tônus muscular, mais concretamente a hemiplegia, hipotonia e hemiparesia.

“Tinha assim a perna e o braço ... assim mole, sem se segurar muito tempo” (E3)

“O que me custa mais é a gente vestir-lhe aquele braço ... o doente ... isso é o mais complicado!” (E6)

Estas descrições são também, à semelhança das anteriores, compatíveis com o que é descrito na literatura consultada, nomeadamente Martins (2002), a OMS (2004) e a DGS (2010) em que destacam a alteração do tônus muscular como uma variável que dificultará a recuperação da independência nas diferentes Atividades de Vida incluindo a Vestir-se. Contudo, Melo (2010) num estudo exploratório e correlacional concluiu que a maioria das Pessoas com hemiplegia submetidas a um programa de reabilitação numa unidade de convalescença poderá recuperar a autonomia na AV Vestir-se.

Também em relação dificuldades relacionadas com a situação clínica da Pessoa com AVC, mas agora no que se refere à sub categoria vestir o tronco e os membros superiores verificou-se que as descrições dos participantes no estudo indicam ainda uma maior dificuldade em vestir o tronco e os membros superiores, assim como o hemisfério afetado, tal como poderá ser observado nas evidências contidas nas seguintes unidades de registo:

“...a parte de cima é mais difícil para mim” (E3)

“... olhe ... o braço é o mais difícil ... mas a perna também é...” (E5)

Não foi possível encontrar evidências semelhantes noutros estudos, embora também não se tenha encontrado outras que contrariem as unidades de registo atrás transcritas. No entanto, confirmando-se a importância dada a este aspeto, Suzuki *et al.* (2006) concluem que o *score* obtido no primeiro dia de AVC, na escala de medida de independência funcional (MIF) a nível do vestir a metade superior do corpo é um preditor importante para a recuperação da independência nesta Atividade de Vida.

Uma última categoria de dificuldades referenciadas pelos participantes, relaciona-se com falta de colaboração da Pessoa com AVC, como é possível comprovar nas seguintes unidades de registo:

“...ela não levantava os braços nem nada ... não tinha força” (E1)

“... bem ... era quando era a despir ... hummm Era difícil ... a gente queria despir e ele não lhe dava o jeito ... era difícil ... por ele não dar o jeito” (E4)

Este relato dos participantes foi também encontrado por Imaginário (2004) em relação a Prestadores de Cuidados de idosos dependentes. No que diz respeito à Pessoa com AVC, quer a DGS (2010) quer a OMS (2004) enfatizam claramente a necessidade de incentivar a autonomia/colaboração da Pessoa com AVC. A DGS (2001, p. 10) alerta para a necessidade de “ ser firme, mas compreensivo, e nunca se mostrar impaciente ou zangado”.

3.3 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às estratégias utilizadas para cuidar da Pessoa com AVC

Relativamente à unidade temática “experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às estratégias utilizadas cuidar da Pessoa com AVC” identificou-se uma categoria e cinco sub categorias (Quadro 3).

Quadro 3 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às estratégias utilizadas para cuidar da Pessoa com AVC

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Estratégias relacionadas com a prestação direta de cuidados	Seleção de vestuário
	Utilização de Produtos de Apoio
	Ordenação de tarefas
	Posicionamento da Pessoa com AVC para vestir e despir
	Promoção da mobilidade

A sub categoria seleção de vestuário apresenta um espectro de descrições bastante diversificado.

Uma das preocupações manifestada pelos participantes no estudo, relaciona-se com a preocupação de selecionar vestuário que promova a integridade cutânea (evitando úlceras de pressão) e simultaneamente que não cause desconforto/dor.

“os botões os fechos e isso ... tem tendência a macerar ... e a provocar úlceras de pressão” (E3)

“...é tudo o mais simples possível ... tudo sem fechos, sem botões, sem nada ... assim simples com elástico ... para sentir-se bem e para não dizer que se magoa nos botões ... ou no fecho” (E6)

Nos diferentes estudos revistos não se encontrou nenhum em que os próprios Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC relacionem diretamente a prestação de cuidados na Atividade de Vida Vestir-se com a prevenção de úlceras de pressão, no entanto Makai, Koopmanschap, Roland & Nieboer, A. (2010), Rocha, Miranda & Andrade (2006), Beddoe & Caple, C. (2010) e a European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) enfatizam claramente, como medidas preventivas de úlceras de pressão a necessidade de manter a roupa da cama e a da pessoa dependente (não necessariamente com AVC) limpas e esticadas, o que vai ao encontro do que é descrito pelos Prestadores de Cuidados do presente estudo. A DGS (2001, p. 22) a este respeito acrescenta que quando se opta por vestuário com botões, as suas casas ...”devem ser alargadas, e os botões pequenos substituídos por outros maiores.

Os Prestadores de Cuidados descreveram também estratégias na seleção de vestuário relacionadas com a utilização de roupa mais larga, principalmente por ser mais fácil de vestir. A roupa larga e mais fácil de vestir mais referenciada é a utilização de fato de treino e/ou pijama.

“... mas em geral trazemo-lo sempre em fatos de treino ... (Pausa) ... pois e é assim em fato de treino que a gente o traz ... a roupa que ele usava quase não aproveitámos nada ...” (E6)

“Fato de Treino larguinho. principalmente aqui nas pernas em baixo, tipo à boca de sino (pausa) acho mais fácil para vestir. É melhor para ele ... É melhor” (E2)

“era tudo simples ... como fato de treino ou o pijama tudo simples com poucas costuras ...o que ele usava mais era o pijama (E4)

“olhe ... o que vale é ter roupa sempre mais larga ...” (E5)

A justificação para a utilização deste tipo de roupa é evidenciada em várias das descrições e baseiam-se fundamentalmente em facilitar os cuidados prestados pelo Prestador de Cuidados.

“... é que as outras não dá tanto jeito ... mesmo quando pede ... para as necessidades ... não é ... é mais fácil ... para lidar com essa situação ... para baixar o fato de treino do que ter que ... tirar o cinto, abrir o fecho ou uns botões ... é mais complicado ... para pôr ... por exemplo o urinol ... senão pode não dar tempo” (E6)

“Era sempre pijama ... dava mais jeito.” (E1)

A literatura consultada não nos indica claramente a perspetiva dos Prestadores de Cuidados em relação ao vestuário utilizado.

No que concerne ao vestuário mais adequado, a DGS (2001, p. 22) considera que os “... fatos de treino podem ser uma boa opção: são quentes, confortáveis e as calças têm um cós de elástico muito prático”. Num outro sentido vão outros autores, que preconizam uma especial consideração em relação ao vestuário utilizado, uma vez que este tem uma importância significativa na afirmação da individualidade de cada ser humano (Emerenciano, 2005; Andrade & Marinho, 2009; Hoeman, 2000).

Parece reforçar-se a convicção que é necessário compatibilizar o aspeto prático do vestuário utilizado, com o respeito pela autonomia de escolha da Pessoa com AVC, tendo em consideração o seu gosto pessoal e o padrão anterior ao evento do AVC.

Nas descrições dos Prestadores de Cuidados este último aspeto também acaba por sobressair em algumas afirmações dos Prestadores de Cuidados.

“...ficaria mais feliz ... se vestir uma roupa ... hummmm ... hummmmm ... mais de encontro ... àquilo que gostava ... acho que sim...que a Pessoa fica mais feliz ... do que ... por exemplo tar sempre de pijama...quer dizer ... hummm ... se a Pessoa gostava mais de sair ... quer dizer ... bem ... no fundo no fundo ... (parece refletir sobre a questão colocada) ...no fundo ... ele vestia as t-shirts, eu utilizei muito as t-shirts que ele tinha ... ele vestia muito as t-shirts” (E3)

“...mudou foi as calças ... algumas ...se eu quizer ... ou melhor ... se ele quisesse ir ao café ... eu vestia-lhe ... e... ele sentia-se melhor ...” (E3)

Outras estratégias descritas pelos Prestadores de Cuidados na seleção de vestuário relacionam-se com o tipo de calçado mais adequado o qual, de acordo com os participantes no estudo, deverá ser preferencialmente fechado, com sola anti derrapante, dando como exemplo o ténis. Pelo contrário, o calçado aberto é considerado o menos adequado, nomeadamente os chinelos.

“...acho sempre mais fácil uma pantufinha ou um chinelo fechado...porque...hummm...o pé ...a perna que está afetada ...se for um chinelo larga-o com facilidade...sai com facilidade ... e ...de preferência um calçado de borracha que não escorregue...porque se aquela perna já não tem a mobilidade que precisa, tem sempre tendência ... o pé a escorregar ... e ... e.... quando eu o levantava e tentava com a minha perna segurar aquela perna dele” (E3)

“...isso era mesmo os ténis , pois ... porque atacava e segurava melhor ... no [pé] ...” (E4)

Pelas descrições obtidas verifica-se que algumas Pessoas com AVC continuam a preferir o calçado anterior, independentemente do prestador o considerar mais adequado ou não. Esta situação é mais notória no verão pela escolha de chinelos devido ao calor.

“...porque ele tem sapatos ... só que tem uns tão velhinhos e habituou-se a eles e não quer outros ...” (E6)

“...quando era no verão eram uns chinelinhos (...) Eram assim abertos ...” (E4)

Os chinelos e o calçado aberto em geral são também considerados como um fator de risco para as quedas das Pessoas com AVC “ ... aliás eu acho...que ...os idosos *Uma das principais causas de quedas é o calçado aberto*” (E3).

Não se encontrou nenhum outro estudo com descrições similares e comparáveis, é importante no entanto referir que a DGS (2010, p. 127) nos indica como calçado ideal para a Pessoa com AVC “...sapatos de base larga, de preferência, ajustáveis aos pés e de sola não muito aderente, que cause atrito mas não derrape”. Preocupação idêntica tem a OMS (2004) que no caso específico da Pessoa com AVC preferir sandálias, estas devem ser fixas ao pé de forma a não se soltarem. Os resultados obtidos vão assim de acordo ao que nos é descrito na literatura consultada, podendo contudo destacar-se a necessidade de adaptar o calçado usado pela Pessoa antes da instalação do AVC (sempre que possível) e ter especial atenção na aderência do calçado utilizado. Ao ter em consideração as características descritas, promovemos a mobilidade da Pessoa com AVC e ao mesmo tempo estamos a prevenir a ocorrência de quedas.

Uma outra sub categoria relaciona-se com a utilização de produtos de apoio, nomeadamente barras de apoio, com o objetivo de ajudar a vestir/despir, dado permitir que a Pessoa com AVC se apoie e possa colaborar mais efetivamente.

“Então ... o que tenho são esses varões para ele se apoiar ... tenho um logo à entrada da casa de banho, tenho um ao pé da sanita, na sala tenho um grande para ele andar ... esses varões dão uma ajuda para se vestir e despir ... para as calças ... ele segura-se na barra e depois a gente veste-o” (E6)

Na literatura consultada não foi evidente a necessidade de utilizar estes produtos de apoio, quando relacionados com a Atividade de Vida Vestir-se, sendo que a OMS (2004) realça a importância das barras de apoio, mas mais direcionadas com as Atividades de Vida Eliminar e Mobilizar-se.

A ordenação de tarefas foi uma das sub categorias em que foi possível isolar um maior número de unidades de registo. Relativamente a esta sub categoria, um dos aspetos referenciados relacionou-se com a estratégia utilizada para vestir a camisola do pijama, sendo que primeiro seriam vestidas as mangas, depois a gola e posteriormente a parte restante da camisola (isto numa camisola fechada e só com um botão), como é possível verificar quando o sujeito refere “... primeiro era as mangas e depois puxava

para trás ... já tinha experiência nessa parte ... pois ... era assim que lhe dava a maneira de eu o conseguir vestir melhor ... (pausa)” (E4). A descrição é bastante semelhante com o descrito por Hoeman (2000), OMS (2004) e DGS (2010), em que numa primeira fase são vestidas as mangas e posteriormente a restante camisola. Há contudo, na descrição feita pelos Prestadores de Cuidados, a omissão em relação aos princípios a ter em consideração com o membro superior afetado.

Outro aspeto que sobressai da ordenação de tarefas relaciona-se com o facto de saber qual o primeiro membro a vestir e a despir. São várias as descrições dos Prestadores de Cuidados que apontam neste sentido, não existindo nenhuma que defenda o oposto.

“Primeiro [vestia] o mais afetado ... para despir era ao contrário. Era mais fácil assim ...[vestia] primeiro um braço depois ... o outro ...depois então é que metia a calça ...” (E1)

“... primeiro era para [vestir] o braço e a perna doente e que depois era ao contrário ...” (E6)

Os resultados que emergem das descrições dos Prestadores dos Cuidados neste estudo, vão totalmente de acordo com o que é preconizado pela OMS (2004) e pela DGS (2010), as quais também defendem que o membro afetado deve ser o primeiro a vestir.

Existe uma descrição de um Prestador de Cuidados que refere considerar que facilita vestir primeiro o membro mais afetado, mas apenas a nível dos membros superiores *“...é assim ... no braço faço isso dá jeito ... na perna não ligo ...tanto me faz duma maneira como de outra ...eu não vejo diferenças ... (risos) ...” (E5).* Esta descrição é contrária ao que nos indica a OMS (2004) e a DGS (2010), as quais não fazem distinção entre membro superior e inferior neste aspeto.

Um último aspeto relacionado com a sub categoria ordenação de tarefas, relaciona-se com a descrição de facilitar vestir primeiro a blusa *“Vestia primeiro a blusa e depois vestia a calça” (E1).* A revisão dos estudos é omissa neste aspeto. Contudo ao refletir sobre esta estratégia, ela parece ser útil em dois aspetos: promover a privacidade e manter uma temperatura corporal adequada, uma vez que a parte superior do corpo está mais exposta.

O posicionamento da Pessoa com AVC para vestir e despir, foi outra das sub categorias encontradas relacionadas com as estratégias relacionadas com a prestação direta de cuidados.

Neste aspeto em particular foi possível isolar várias unidades de registo em que os participantes no estudo defendem ser mais fácil vestir a Pessoa com AVC na posição de deitada que na posição de sentada.

“...para mim é mais fácil ...para vestir e despir ... quer a parte de cima , quer a parte de baixo ...porque ... a parte esquerda estava toda ... e ... a Pessoa não conseguia estar completamente sentada ... tombava sempre ...então era sempre mais fácil deitado ... mesmo sendo uma peça de roupa aberta, como uma camisola fechada era sempre mais fácil” (E3)

“...era quase sempre com ele deitado ... por causa do desequilíbrio ... ele tinha dificuldade em permanecer sentado para se vestir bem” (E4)

Estes resultados contrariam o que nos é indicado pela OMS (2004) e pela DGS (2010), as quais referem que os atos de vestir e despir devem ser realizados na posição de sentado, tendo em vista a estimulação da autonomia e o treino desta atividade de vida.

Do presente estudo não é possível retirar conclusões, que justifiquem perentoriamente a opção tomada pelos Prestadores de Cuidados. Contudo, como a justificação parece centrar-se na facilidade do procedimento, também se perde um pouco o incentivo à autonomia da Pessoa com AVC. Este aspeto poderá necessitar de um maior investimento durante o processo de capacitação do Prestador de Cuidados e o inerente programa de educação para a saúde.

A sub categoria promoção da mobilidade é uma das que apresenta maior número de unidades de registo associadas.

Dois procedimentos descritos, que promovem a mobilidade e que estão associados à Atividade de Vida Vestir-se, relacionam-se com a utilização da técnica da ponte para vestir as calças do pijama em pessoas mais colaborantes e a técnica de rolar no leito para o mesmo efeito, mas em pessoas menos colaborantes.

“...ele às ... vezes lá encolhia ...assim as pernas (exemplifica) e a gente dizia-lhe assim : vamos a levantar o rabiol!... ele ... às vezes queria ... outras vezes não queria ... era conforme ... ele quando estava em dia sim ajudava, mas quando estava em dia não, ele não ajudava” (E4)

“...eu viro-o para um lado e para o outro para vestir ...” (E5)

Estes dois procedimentos estão bem documentados por diversos autores e instituições nacionais e internacionais, nomeadamente a OMS (2004), DGS (2010) e também Martins (2002) e a Hoeman (2000) que o advogam no sentido de promover a autonomia, a estimulação sensorial, e também a exercitação músculo esquelética, com o conseqüente aumento do tônus, da força e massa muscular, sendo considerada uma atividade extremamente importante como preparação para a marcha. A variante aqui encontrada prende-se com o facto da técnica do rolar no leito não estar conotada com o ato de vestir nos estudos revistos. De acordo com os participantes no estudo poderá ser implementada como alternativa a técnica da ponte em Pessoas com AVC e menos colaborantes, para vestir as calças do pijama.

3.4 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação aos apoios recebidos para cuidar da Pessoa com AVC

Na unidade temática “experiências dos Prestadores de Cuidados em relação aos apoios recebidos para cuidar da Pessoa com AVC” foi possível identificar duas categorias (apoio formal e o apoio informal), da qual emergiram três sub categorias: Apoio formal domiciliário, apoio informal de vizinhos e apoio informal familiar (quadro 4).

Quadro 4 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação aos apoios recebidos

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Apoio Informal	Apoio informal de vizinhos
	Apoio informal familiar
Apoio Formal	Apoio formal domiciliário

A nível do apoio informal, encontramos um tipo de apoio não remunerado e efetuado por pessoas não integradas em nenhuma instituição/organização.

Há referência à falta de apoio informal de vizinhos, justificado pelo envelhecimento populacional “... *isto aqui é só velhos, sabe ... os novos tão para fora ... daqui ninguém me pode valer, sabe ...*”

Esta falta de apoio dos vizinhos devido ao envelhecimento populacional é descrito por vários autores como Gonçalves & Carrilho (2007), que consideram que o envelhecimento populacional é um problema que atinge principalmente o interior do país e que se tem agravado nos últimos anos.

A nível do apoio familiar, este é considerado importante pelos Prestadores de Cuidados. De acordo com a bibliografia consultada estes Prestadores de Cuidados são também designados como cuidadores secundários (Martín 2005), sendo que os mais referenciados pelos participantes no estudo são a sogra, a irmã, a filha, a neta e o pai.

Indo de encontro a estes resultados, Fonseca, Paúl, Martins & Amado (2005, p. 102), consideram que “a existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um ótimo prognóstico de bem-estar”.

No que diz respeito ao apoio formal domiciliário a maioria das referências são feitas em relação ao apoio do centro de dia, que presta formalmente cuidados domiciliários. Apesar desta referência positiva, no sentido da efetividade do apoio recebido, são concretizadas algumas críticas ao seu funcionamento, principalmente a nível da inadequação do horário, como é possível verificar nas seguintes unidades de registo:

“são quatro dias que agora vêm aí ... já viu ...fins de semana, feriados ... como é que as pessoas ... pessoas que precisam de higiene diária e que não são capazes de fazer ... é complicado ... é difícil ... e neste caso uma Pessoa com um AVC ... com uma das partes imobilizada” (E3)

“...é a Assistente Social do Centro.. Quando for daqui vou lá dizer-lhe a ela que vou desistir (pausa). ... tou a pagar vinte e tal contos por uma refeição para ele ... só lhe dão banho uma vez por semana ..e o resto sou eu ...” (E2)

Ainda em relação ao apoio domiciliário, identificou-se o apoio remunerado de uma vizinha, logo considerado como apoio formal domiciliário *“...assim pago a uma mulher que vem cá e faz o serviço”*.

Tendo em consideração estas preocupações dos Prestadores de Cuidados, Lage (2007) conclui na sua tese de dissertação de doutoramento que a maioria dos Prestadores de Cuidados de idosos (não necessariamente com AVC) tem apoio domiciliário para os cuidados instrumentais, incluindo-se os relacionados com a AV Vestir-se. No entanto esse apoio não é personalizado e tem uma duração maioritariamente inferior a cinco horas por semana. No mesmo sentido Imaginário (2004) realça a importância de os Prestadores de Cuidados de idosos independentes manifestarem a necessidade de ajuda de outrem, revelando preocupações por não terem o acompanhamento domiciliário adequado.

Brereton *et al.* (2007) numa revisão sistemática da literatura em estudos sobre Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC concluem que as visitas domiciliárias fazem aumentar as suas competências no cuidar.

Da comparação dos relatos feitos pelos participantes neste estudo com o que de mais semelhante foi possível identificar na revisão de estudos feita, pode-se concluir que os cuidados domiciliários são importantes para o aumento da qualidade de vida quer dos Prestadores de Cuidados, quer das Pessoas com AVC. É de destacar o enfoque muito específico na personalização dos horários dos cuidados domiciliários que sobressai nos relatos do presente estudo.

3.5 - As experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às experiências formativas para cuidar da Pessoa com AVC

Em relação à unidade temática “experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às experiências formativas para cuidar da Pessoa com AVC” identificaram-se duas categorias e nove sub categorias (Quadro 5).

Quadro 5 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados em relação às experiências formativas

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Experiências Formativas Negativas	Formação no Hospital (experiência negativa)
Experiências Formativas Positivas	Formação no Hospital (experiência positiva)
	Formação no centro de reabilitação/por técnicos de Reabilitação
	Formação por experiência profissional
	Formação por experiências pessoais anteriores
	Formação por frequência de cursos de formação profissional
	Formação por observação dos cuidados prestados
	Formação por pesquisa na <i>internet</i>
	Importância da Formação

De realçar, numa primeira análise, que existe uma maioria significativa de sub categorias relacionadas com experiências formativas positivas. Apenas a formação no Hospital está conotada com experiência formativa negativa, embora também esteja referenciado na categoria das experiências formativas positivas, numa sub categoria diferente.

No que concerne à formação a nível hospitalar ela é tida como necessária pelos participantes, mas há uma visão um pouco negativa dessa atividade, não sendo por vezes visível a sua efetiva realização pelos enfermeiros, como se pode contatar na sub categoria formação no hospital (experiência negativa) e na seguinte unidade de registo “*No hospital não me ensinaram nada*” (E1).

Também Souza *et al.* (2009) reforçam estes dados quando concluem, através da realização de um estudo descritivo e qualitativo, que a maioria dos Prestadores de Cuidados não recebeu explicações sobre os cuidados a serem realizados no domicílio.

Noutra perspetiva, apesar desta visão negativa das experiências formativas realizadas a nível hospitalar, é possível destacar igualmente várias unidades de registo em que a formação no hospital (experiência positiva) assume especial preponderância.

“Ensinaram-me lá no hospital. Hum...As enfermeiras lá... disseram-me como eu havia de fazer, como havia de meter a fralda, para eue ensinaram-me a levantá-lo da cama para o cadeirão, para a cadeira ... (pausa)” (E2)

” houve um enfermeiro que quando ele teve alta me telefonou e que me disse para não o deixar parado na cama quando fosse para casa ... para não deixar parar agora ... olhe esse foi muito simpático ... não me recordo o nome ...mas pronto”(E6)

“...lá no hospital , quando ele teve alta as enfermeiras disseram-me para vestir primeiro a parte doente ...” (E5)

É de considerar que a formação no centro de reabilitação/por técnicos de reabilitação é mais valorizada “*Sim ... ensinaram-me lá no Alcoitão (...) os fisioterapeutas lá no ginásio ... os enfermeiros eu ... eu também falava com eles todos os dias ... lá no internamento ... falavam com a minha filha, comigo e com o meu genro*” (E6)

São vários os autores e instituições nacionais e internacionais que destacam o papel central da formação dos Prestadores de Cuidados, existindo uma clara evidência das suas vantagens. Neste sentido, para além da DGS (2001, 2010) e a OMS (2004), são vários os autores (Visser-Meily *et al.* 2005; Tooth *et al.* 2005; Brereton *et al.* 2007 e Martins 2002) que realçam a importância de informar, formar e educar os Prestadores de Cuidados, objetivando aumentar as suas competências, promovendo assim uma melhoria na qualidade de vida da díade Prestador de Cuidados – Pessoa com AVC.

Mais específicos, Van Exel, *et al.* (2005), num estudo realizado em 2005, utilizando uma metodologia triangular, concluíram ser importante a criação de um curso de acompanhamento de Pessoas que sofreram um AVC e seus familiares / Prestadores de Cuidados, no momento da alta, de modo a ajudar ou a prevenir a sobrecarga do Prestador Cuidados. Esta conclusão vai de encontro a alguma falta de visibilidade revelada no presente estudo, quando a formação não é contextualizada a nível formal num centro de reabilitação ou por técnicos de reabilitação.

É também possível constatar que existem outras formas menos formalizadas / dirigidas de obter formação adicional.

A formação por experiência profissional numa área relacionada com a saúde parece ser um fator relevante, facilitador dos cuidados prestados *“Eu como trabalho aqui no hospital ... não da minha função ... mas eu via as pessoas ... a fazerem ...”* (E4)

Uma outra descrição evoca também a formação por experiências pessoais anteriores como fator positivo, no sentido de ter experiência em cuidar de uma Pessoa dependente *“... e sabe ...eu...eu ... (parece solucionar)... também eu tinha uma filha ... ela era perfeita ... hummmmm....mas depois teve uma doença degenerativa ... e na pediatria as enfermeiras também me ensinaram o que eu havia de fazer ... e isso ajudou-me muito ... ter tido essa experiência ... olhe ... olhe... infelizmente...”* (E4)

A formação por frequência de cursos de formação, direcionados para os cuidados prestados a idosos, surge também como um fator tido como positivo *“...devido à minha experiência de ter passado pelo curso de auxiliar de geriatria ... hummmmm ... Estava no curso no momento em que comecei a ajudar o senhor...estava a acabar o curso de geriatria ... para mim não foi assim tão difícil devido mesmo a isso”* (E3)

Um outro aspeto referido pelos Prestadores de Cuidados, remete-nos para a importância atribuída à formação pela observação dos cuidados prestados. *“Eu via elas a fazerem as coisas no hospital (pausa)”* (E1)

Nesta categoria é também referenciado como positivo um fator mais atual: a formação por pesquisa na internet como fonte de informação *“hoje em dia há mais facilidade, com os computadores, com a internet ... se as pessoas tiverem minimamente interessadas, se procurarem, há...hummm há informação”* (E3)

Finalmente, a importância da formação surge também como uma sub categoria a valorizar, como é visível na descrição seguinte *“...acho que a formação nesse ... hummm ... nesse campo é extraordinário ... as pessoas ... hummm ... perceberem ... hummmm ... o que é que fazem ... como é que fazem ... porquê que se faz daquela forma”*. (E3)

Todos estes diferentes tipos de obter formação são importantes para a formação de adultos, uma vez que as fontes e as formas de formação podem e devem ser diversificadas (Dias, 2004).

Destaca-se o sentido dado de se justificar as atividades desenvolvidas para promover a adesão às recomendações dos profissionais de saúde. Este é um resultado partilhado por vários autores, destacando-se os institucionais como a DGS (2001, 2010) e a OMS (2004).

É notório igualmente um reforço (embora indireto) no sentido da importância da aprendizagem em contexto de organização formal de um curso, como é o exemplo da alusão à aprendizagem em contexto de curso de formação profissional, sendo que os resultados também indicam que parte da formação assume um caráter autónomo por parte dos Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC. Lui *et al.* (2005) chegam à mesma conclusão, constatando que existe uma componente importante de auto aprendizagem nos Prestadores de Cuidados.

É importante ainda salientar que não existiu nenhuma descrição com uma clara evidência da necessidade de personalizar o processo formativo, contudo nos autores consultados é veiculada a necessidade de atender às características específicas do Prestador de Cuidados e sua contextualização sócio cultural (Mak *et al.* 2007 e DGS 2010).

De realçar a ausência de evidência da existência de atividades formativas/de educação para a saúde disponibilizada através dos cuidados de saúde primários, após a alta hospitalar/regresso a casa da Pessoa com AVC. Relativamente a este aspeto, Mackenzie *et al.* 2007 e Brereton *et al.* 2007, concluíram existir vantagens significativas no acompanhamento domiciliário de Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC, otimizando as suas competências formativas. É no próprio domicílio que se levantam muitas das dúvidas existentes. A este respeito Lui *et al.* 2005 concluíram que muitos

Prestadores de Cuidados experienciam sentimentos de incerteza e de dificuldade na resolução dos problemas que vão encontrando no cuidar da Pessoa com AVC após a alta hospitalar/regresso a casa.

3.6 - As Experiências dos Prestadores de Cuidados a nível das relações humanas e sociais no cuidar da Pessoa com AVC

A unidade temática “experiências dos Prestadores de Cuidados a nível das relações humanas e sociais no cuidar da Pessoa com AVC” comporta cinco categorias e dez sub categorias (Quadro 6).

Quadro 6 Unidade temática: experiências dos Prestadores de Cuidados a nível das relações humanas e sociais

CATEGORIA	SUB CATEGORIA
Papel do Prestador de Cuidados	Perfil do Prestador de Cuidados
Relacionamento com a Pessoa com AVC	Envolvimento emocional do Prestador de Cuidados com a Pessoa com AVC
Relacionamento Social	Experiência sentidas em relação ao isolamento e revolta da Pessoa com AVC
	Experiências sentidas como negativas a nível social
Relações Familiares e Comunitárias	Motivação para o Papel de Prestador de Cuidados
	Experiências Vividas sobre os sentimentos da Pessoa com AVC
Transição para o Papel de Prestador de Cuidados	Adaptação ao Papel de Prestador de Cuidados
	Adaptação ao Papel de Prestador de Cuidados AV Vestir-se

É notório, nalgumas descrições, a preocupação de construir um perfil de um Prestador de Cuidados ideal.

De acordo com os resultados obtidos pela análise das descrições dos Prestadores de Cuidados, o perfil de Prestador de Cuidados é construído tendo por base as experiências/vivências anteriores. Do perfil de Prestador de Cuidados ideal fazem parte características como capacidades comunicacionais e afetivas, de empatia, de compreensão, de promoção do conforto, da mobilidade e socialização e também de capacidades técnicas.

“... acho que é preciso ...hummm ... além de ... hummmm ... de carinho, amor ... é tentar perceber ... se formos nós que ... hummm...estejamos naquele lado ... o que é que gostávamos que nos fizessem (...)... estar um bocadinho a falar com uma pessoa que gostava de sair” (E3)

Os resultados obtidos vão de encontro ao que nos indicam autores como Lage (2005) e Martín (2005), embora em estudos relacionados com a população idosa no seu todo e não especificamente sobre a Pessoa com AVC. Há a ressaltar contudo que os resultados do presente estudo colocam, aparentemente, uma maior ênfase no cuidar a

nível psico emocional, não se descurando contudo a componente mais instrumental/técnica.

Outro aspeto importante remete-nos para a díade Prestador de Cuidados – Pessoa com AVC, mais concretamente no relacionamento do Prestador de Cuidados com a Pessoa com AVC.

As descrições dos Prestadores de Cuidados nesta categoria vão muito no sentido do envolvimento emocional do Prestador de Cuidados com a Pessoa com AVC, em que há como que um contágio do sofrimento do outro *“ele ... ele ... ele perdeu o interesse pela vida e isso também dá cabo de mim ... sabe... custa-me vê-lo naquele sofrer ...olhe ... (pausa prolongada)” (E5)*

Apesar de muitos autores, nomeadamente Martins (2002), Van Exel *et al.* (2005), Mak *et al.* (2007) ou Brereton *et al.* (2007) concluírem que existe uma perturbação psico emocional decorrente do relacionamento do Prestador de Cuidados com a Pessoa com AVC, não foi encontrado nenhum estudo sobre Prestadores de Cuidados a Pessoas com AVC que corroborasse este resultado da transposição do sofrimento da Pessoa com AVC para o Prestador de Cuidados.

No entanto autores como Greenwood *et al.* (2008) e Lage (2005) destacam a importância de incluir no processo de educação para a saúde do Prestador de Cuidados aspetos que aumentem a capacidade de cuidar de si próprio, prevenindo possíveis complicações. Lage (2005, p. 224) especifica mesmo a necessidade de “...sensibilizar para a vantagem de partilhar as suas experiências e dificuldades com outras pessoas” o que nos remete para a importância dos grupos de auto ajuda, os quais poderão estar integrados em cursos formais especificamente organizados para Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC.

Outros aspetos referenciados pelos Prestadores de Cuidados remetem-nos para as relações familiares e comunitárias. Destacam-se aqui as referências ao sentimento de isolamento social/ imobilidade psicossocial pela necessidade de estar permanentemente perto da Pessoa com AVC, devido à sua excessiva dependência, à sua recusa em sair de casa e ainda pela necessidade de manter de forma contínua a prestação de cuidados.

“por causa dessas coisas estava sempre preso ... tinha que estar sempre ao pé dela ...” (E1)

“...não é fácil lidar com estes problemas ...e tenho que estar sempre perto dele” (E2)

“...sou eu que faço tudo... .. ele é muito dependente de mim ...” (E2)

Estes resultados vão de encontro ao que nos indica Mackenzie *et al* (2007); Mak *et al* (2007); Greenwood *et al.* (2008) quando identificam alterações a nível da vida social dos Prestadores de Cuidados. Buschenfeld *et al.* (2009) concretiza melhor, concluindo

existir uma limitação importante da vida pessoal / social do Prestador de Cuidados, que culmina numa perda da sua independência.

Uma outra categoria emerge nesta área temática: a de transição para o papel de Prestador de Cuidados, a qual engloba considerações relativas à adaptação ao papel de Prestador de Cuidados, quer de forma um pouco mais geral, quer de uma forma mais específica na AV Vestir-se.

Identificou-se aqui a necessidade do Prestador de Cuidados ter de se adaptar aos recursos existentes. Situação muitas vezes esquecida na preparação do regresso a casa: *“Eu ... tive que ... me adaptar ...ao espaço ...ao pouco espaço que tinha ...e...e...àquilo que tinha e tive ...que perceber que qual era a melhor maneira de fazer...”* (E3).

Parece também evidente, pelas transcrições dos Prestadores de Cuidados, da necessidade de adaptar também as estratégias utilizadas na AV Vestir-se, tendo em consideração os recursos disponíveis: *“porque dificuldade há sempre ... mas depois dentro de ...do tipo de roupa ...de ... ou vestir sentado...ou vestir deitado ... estudarmos qual é a melhor maneira de fazer e de acordo com o espaço que temos ... as condições ... temos que ver a maneira mais fácil de fazer as coisas ... depois há sempre menos dificuldade”*. (E3).

Na literatura consultada não existem referências semelhantes, o que inviabiliza a discussão destes resultados com estudos similares.

Finalmente, ainda relativamente à transição para Prestador de Cuidados, há uma referência explícita e consistente no que concerne a uma fase inicial mais difícil, descrita como choque inicial por um dos participantes, verificando-se uma fase posterior progressivamente mais serena, embora não isenta de dificuldades.

De notar também que um dos participantes coloca como principal obstáculo no processo de transição o fator género, uma vez que se tratava de um filho que cuidava da sua mãe.: *“...eu sentia-me bem ... no princípio custou-me muito ... a primeira vez é um choque muito grande ... uma pessoa [estar] a tratar da mãe Nunca me passou pela cabeça ter de fazer uma coisa daquelas ...nos primeiros dias custou-me bastante (pausa seguida de inspiração profunda) ... depois tive de me habituar mesmo”* (E1). Uma outra unidade de registo parece confirmar este resultado: *“...mas então ... é o que tem de ser ...no princípio é pior..depois vamo-nos acostumando à ideia ...(pausa prolongada)”* (E6)

Os resultados obtidos parecem ir de encontro ao descrito por Wallengren *et al.* 2008, a qual identifica a existência de duas etapas nas experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com AVC. A primeira é denominada como *“being in chaos”* - caracterizada pela constatação abrupta da situação de dependência da Pessoa com AVC e em que Prestador de Cuidados se sente inseguro, só e mal preparado para assumir o seu

novo papel. A segunda etapa é designada por “*searching for order in chaos*” e é caracterizada por uma assunção gradual do seu novo papel e/ou responsabilidade.

No que concerne à diferença de género, os resultados obtidos vão de encontro às conclusões de Perlini & Faro (2005) que aludem ao constrangimento e à vergonha em lidar com o corpo do outro, presente em muitos dos Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC. O presente estudo parece acentuar esta conclusão, nomeadamente quando se trata de cuidar de Pessoas com AVC do género oposto ou de filhos para pais (inversão de papéis).

4 – CONCLUSÕES

Concluiu-se existir uma íntima inter ligação da Atividade de Vida Vestir-se com a Higiene Pessoal, sendo este o motivo pelo qual Roper *et al.* (2001) as associam numa só – “Higiene Pessoal e Vestir-se”. Ela foi desconstruída de forma a facilitar a sua abordagem concetual, facto também aceite no modelo de Roper *et al.* (2001, p. 29), uma vez que cada atividade “...tem muitas dimensões e será na realidade mais conceptualizada como uma atividade global composta por algumas atividades especiais ...”.

Comprova-se também existir uma inter ligação entre as diferentes Atividades de Vida e os vários fatores suscetíveis de as poderem influenciar, tal como também nos indica Roper *et al.* (2001) quando defendem uma interligação permanente entre os vários componentes do modelo.

Dos resultados obtidos é possível destacar diversos aspetos, referentes às experiências dos Prestadores de Cuidados à Pessoa com AVC na AV Vestir-se:

Os Prestadores de Cuidados participantes neste estudo são maioritariamente do género feminino, cônjuges e com mais de 50 anos.

As principais dificuldades descritas relacionam-se com o ambiente (equipamento inadequado e barreiras arquitetónicas) e com dificuldades relacionadas com a situação clínica da Pessoa com AVC, nomeadamente em relação à diminuição da amplitude articular e do tônus dos membros afetados, à dificuldade em vestir o tronco e os membros superiores e à falta de colaboração da Pessoa com AVC.

As principais estratégias utilizadas direcionam-se para a prestação direta de cuidados, nomeadamente no que concerne à seleção de vestuário (roupa larga, como fato de treino ou pijama) e calçado (fechado e com sola anti derrapante, nomeadamente ténis), à utilização de produtos de apoio (barras de apoio para ajudar a vestir e despir), à ordenação de tarefas (vestir primeiro o membro afetado), ao posicionamento da Pessoa com AVC para vestir e despir (mais fácil vestir com a Pessoa com AVC deitada no leito) e à promoção da mobilidade (utilização da técnica da ponte e rolar no leito para ajudar a vestir / despir).

No sentido de poder ir de encontro à necessidade de utilizar o vestuário e calçado mais prático, como é defendido pelos participantes neste estudo e também pela DGS (2001, 2010) e pela OMS (2004) e simultaneamente de atender à necessidade de manter a função comunicacional intimamente relacionada com as escolhas que fazemos da roupa e calçado, como é defendido por Emerenciano (2005) e Andrade & Marinho (2009),

poderá ser importante a existência de roupas adaptadas a Pessoas com AVC com hemiplegia/hemiparesia. Esta solução, já amplamente adotada e experimentada nas Pessoas com paraplegia e tetraplegia, não é facilmente acessível nas Pessoas com AVC, principalmente em Portugal.

Foi possível distinguir dois tipos de apoios obtidos: o informal e o formal. A nível do apoio informal destaca-se o apoio de vizinhos e de familiares, nomeadamente sogra, irmã, pai, filha e neta. O apoio formal é constituído pelo apoio dado pelos Serviços Domiciliários dos Centros de Dia. Salienta-se a necessidade dos Prestadores de Cuidados terem uma solução de apoio domiciliário mais flexível e personalizado.

Ao nível das experiências formativas dos Prestadores de Cuidados, realça-se a valorização feita pelos Prestadores de Cuidados à própria necessidade de formação. A maioria das descrições foi positiva e diversificada, incluindo-se experiências formativas em instituições de saúde, a valorização feita a experiências pessoais e profissionais anteriores e a utilização da pesquisa na *internet*. Destaca-se negativamente uma experiência formativa a nível hospitalar e a ausência de referência a formação em contexto de cuidados de saúde primários. Destaca-se positivamente a experiência tida junto de centros de reabilitação e/ou por técnicos de reabilitação.

Recomenda-se que a formação dos Prestadores de Cuidados ocorra nos diferentes níveis de prestação de cuidados, acompanhando um percurso da Pessoa com AVC. Destaca-se o papel do enfermeiro de reabilitação, o qual poderá contribuir para dar uma maior visibilidade e sustentabilidade nesta área específica da educação para a saúde, até pela necessidade evidenciada no estudo de indicar aos Prestadores de Cuidados o motivo das suas intervenções.

Os resultados do estudo, assim como a revisão bibliográfica efetuada, parecem também apontar para a necessidade de incluir projetos de educação para saúde com uma componente mais formal, operacionalizada em cursos para Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC, incluindo-se os aspetos inerentes à AV Vestir-se.

Ainda a nível da formação dos Prestadores de Cuidados, os diferentes momentos de educação para a saúde (quer sejam formais ou informais) deverão valorizar-se as experiências anteriores dos Prestadores de Cuidados, assim como serem adaptados ao seu contexto específico, nomeadamente no que se refere ao seu padrão sócio cultural e económico, com especial destaque para os recursos existentes no seu domicílio, devendo ter-se uma especial preocupação com as barreiras arquitetónicas. A visitação domiciliária antes do regresso a casa da Pessoa com AVC parece ser fundamental para se poderem cumprir as recomendações descritas.

No que diz respeito às experiências dos Prestadores de Cuidados a nível das relações humanas e sociais no cuidar da Pessoa com AVC, destaca-se o papel do Prestador de Cuidados, cujo perfil deverá conter requisitos relacionais afetivos como carinho, amor, empatia e compreensão, possuir simultaneamente capacidades a nível técnico, na promoção da higiene e conforto e adequada capacidade de comunicar. Também foram referidos aspetos inerentes ao relacionamento com a Pessoa com AVC (envolvimento emocional), as repercussões do papel de Prestador de Cuidados com as relações familiares e comunitárias, assim como aspetos relativos à transição para o papel de Prestador de Cuidados.

Pelos resultados obtidos é possível salientar a necessidade de introduzir na prática de cuidados de enfermagem (principalmente de reabilitação), de intervenções que permitam apoiar os Prestadores de Cuidados no processo de adaptação à nova situação, designadamente no regresso a casa da Pessoa com AVC. Tal como outros autores (Melo, 2010, Van Exel *et al.* 2005 e Buschenfeld, *et al.*, 2009) o presente estudo também espelha, em diferentes níveis, a sobrecarga física e emocional do Prestador de Cuidados.

Partindo deste estudo, podemos elencar algumas sugestões para futuros projetos/estudos de investigação:

Estudos quantitativos que permitam evidenciar ganhos em saúde produzidos pelos enfermeiros de reabilitação no treino dos Prestadores de Cuidados na AV Vestir-se;

Estudos quantitativos que permitam comparar diferentes abordagens técnicas ao nível da AV Vestir-se, procurando envolver-se as experiências dos Prestadores de Cuidados na aferição de resultados, procurando validar-se as suas experiências, incorporando-as na procura de evidência científica;

Estudos quantitativos que permitam comparar os resultados obtidos ao nível da formação formal e informal, identificando-se as vantagens / desvantagens, as indicações / limitações de cada tipo de formação, permitindo também melhorar as estratégias utilizadas nos processos formativos;

Novos estudos sobre as experiências dos Prestadores de Cuidados da Pessoa com AVC, que envolvam também a observação como metodologia de recolha de dados e que permitam aferir em que medida as experiências dos Prestadores de Cuidados de Pessoas com AVC se diferenciam de outras patologias.

5 – BIBLIOGRAFIA

- Andelowski, M. (2000). *Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description?* Research in Nursing & Health. River Street. (23), 334-340.
- Andrade, C. (2009). *Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem*. Revista pensar enfermagem. 13 (1), 61-71.
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Andrade, T. & Marinho, C. (2009). *Estilo e identidade*. Acedido em 13/06/2011 em http://www.pe.senac.br/ascom/faculdade/Anais_EncPesqExt/III/anais/comunicacao/041_2009_ap_oral.pdf.
- Araújo, I., Paul, C., Martins, M. (2008). *Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: do hospital à comunidade – Um desafio*. Revista Referência. 2 (7), 45-53.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (quarta edição). Lisboa: Edições 70.
- Beddoe, A. & Caple, C. (2010). *Pressure ulcers: prevention strategies*. Acedido a 24/05/2011 em <http://web.ebscohost.com/nrc/detail?vid=4&hid=119&sid=df57888c-fe2a-4b0a-b2b9-3e691296a597%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d>.
- Bejot, Y., Benatru I., Rouaud O., Fromont A., Besancenot J.P., Moreau T. & Giroud M. (2007). *Epidemiology of Stroke in Europe: Geographic and enviromental differences*. Journal of the Neurological Sciences. (262), 85-88.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de Investigação*. Lisboa: Edições Gradiva.
- Bhakta, B. (2000). *Management of spasticity in stroke*. British Medical Bulletin. (2), 476-485.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1999). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bohn, C. (2004). *Clothing as Medium of Communication*. Acedido a 13/06/2011 em http://www.unilu.ch/files/clothing-as_medium3.pdf.
- Booth, J., Davidson I., Winstanley J. & Waters K. (2001). *Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference?* Journal of Advanced Nursing. (33), 98-105.
- Brereton, L., Carroll, C., & Barnston, S. (2007). *Interventions for adult family carers of people who have had a stroke: a systematic review*. Clinical Rehabilitation, (21), 867-884.

- Brito, M. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Buschenfeld, K., Morris, R., & Lockwood, S. (2009). *The experience of partners of young stroke survivors*. *Disability & Rehabilitation*. 31 (20), 1643-1651.
- Campo, C. e Egbert, T. (2009). *Content analysis in studies using the clinical–qualitative method: Application and perspectives*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. (17), 259-264.
- Cao, V., Chung, C., Ferreira, A., Nelken, J., Brooks, D. & Cott, C. (2010). *Changes in Activities of Wives Caring for Their Husbands Following Stroke*. *Physiotherapy Canada*. 62. (1), 35-43.
- Carvalhido, T. & Pontes, M. (2009). *Reabilitação domiciliar em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral*. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. (6), 140-150.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão β2*. 2ª edição. Lisboa. Autor.
- Costa, D. (2003). *Qualidade de Vida Pós AVC: Resultados de uma Intervenção Social*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.
- De Ketele, J. & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da Recolha de Dados, Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dias, J. M. (2004) – *Formadores: que desempenho*. Loures: Editora Lusociência.
- Diniz, R. (2006). – *A família do idoso: parceiro esquecido? Cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectiva dos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Circular Informativa Nº 12/DSPCS*. 19/04/2004.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa. Lidel.
- Direção-Geral de Saúde (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa. Autor.
- Dobkin, B.H. (2005). *Rehabilitation after Stroke*. *The New England Journal of Medicine*. (21), 1677-1684.
- Emerenciano, J. (2005). *A comunicação através das roupas : uma compreensão do design de moda além da superficialidade*. *Revista Design em foco*. 2 (1), 9-25.

European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevenção de úlceras de pressão – guia de consulta rápido*. Acedido em 24/10/2011 em http://www.aptferridas.com/porta15/images/Documentos/Guidelines/qrg_prevention_in_portuguese.pdf.

ESI (2003). *European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management*. Cerebro vascular Diseases (16), 311-337.

Feigin, V.L., Lawes, C.M., Bennett, D.A. & Anderson, C.S. (2003). *Stroke epidemiology: a review of population based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century*. the lancet neurology. (2), 43-53.

Ferro, F., & Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Edições Lidel.

Fonseca, A., Paúl, C., Martins, I. & Amado, J. (2005). *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal*. In: Constança, P. & Fonseca, A. (Coord.) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, M.F. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.

Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho, Conselho Económico e Social (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das Comunidades Europeias*. Dublin. Autor.

Gonçalves, A. (2000). *Atitude Postural do Hemiplégico: O que é necessário Saber para Prevenir*. Revista Sinais Vitais. (32), 33-36.

Gonçalves, C. & Carrilho, M.J. (2007). *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. Revista de Estudos Demográficos. (40), 21-38.

Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. C. & Wilson, N. (2008). *Informal carers of stroke survivors – factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies*. Disability & Rehabilitation. 30 (18), 1329-1349.

Hinojosa, M. & Rittman, M. (2007). – *Stroke caregiver information needs: comparition of Mainland and Puert Rican caregivers*. Journal of Rehabilitation Research & Development. (44), 649-658.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª.edição. Loures: Lusociência.

Holland, K. ,Jenkins, J.,Solomon J.,& Whittam, S. (2004). *Applying the Roper – Logan – Tierney Model in Practise*. London: Curchil Livingstone.

<http://www.abavc.org.br/informativo/atividades-da-vida-diaria-e-instrumental/>. Acedido a 13/06/2011.

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>. Acedido em 17.05.2011.

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>, acedido a 11/11/2011.

<http://www.priberam.pt/dlpo/>, acedido a 22/05/2011.

<http://www.stroke.org>, acedido a 21/06/2011.

<http://portalcodgdh.min-saude.pt/>, acedido a 21/06/2011.

<http://www.ajudas.com/>, acedido a 12/11/2011.

<http://ajudaavc.net/index.php/posicionamentos>. Acedido a 05/06/2011

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Karsh, U. (2003). *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. Cadernos de Saúde Pública. 19 (3), 861-866.

Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. In: Constança, P., Fonseca, A. (Coord.) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi

Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de doutoramento. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

Lui, M. H. L., Ross, F. M. & Thompson, D. R. (2005) - *Supporting Family Caregivers in Stroke Care. A Review of the Evidence for: Problem Solving*. Journal American Heart Association. (36), 2514-2522.

Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G., & Mann, H. (2007). *Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring*. Disability & Rehabilitation. 29 (2), 111-121.

Mak, A. K. M., Mackenzie, A. & Lui, M. H. L., (2007). *Changing needs of Chinese family caregivers of stroke survivor*. Journal of Clinical Nursing (16), 971-979.

Makai, P., Koopmanschap, M., Roland, B. & Nieboer, A. (2010). *Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative*. Acedido em 24/05/2011 em <http://www.resource-allocation.com/content/8/1/11>.

Martín, I. (2005). *O cuidado informal no âmbito social*. In: Constança, P., Fonseca, A.

(Coord.) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.

Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.

Melo, G. (2010). *A experiência do cuidador de um familiar com demência: revisão sistemática*. Revisão Sistemática da Literatura. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Melo, M. (2010). *Auto Cuidado em doentes com hemiplegia*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.

Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. & Billinger, S. (2010). *Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of Stroke Patient*. Journal of the American Heart Association. (41), 2402-2448.

Moraes, R. (1999). *Análise de conteúdo*. Revista Educação. 22. (37), 7-32.

National Stroke Assotiation (2010). *Hope: The Stroke Recovery Guide*. Acedido a 05/06/2011 em http://www.stroke.org/site/DocServer/hope_full.pdf?docID=921.

Ordem Dos Enfermeiros (2001) *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Autor.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral de saúde.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Promovendo a qualidade de vida após acidente vascular cerebral – um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. São Paulo: Artmed Editora.

Pereira, S., Coelho, F. & Barros, H. (2004). Acidente Vascular Cerebral – Hospitalização, Mortalidade e prognóstico. Acta Médica Portuguesa. (17), 187-192.

Perlini, N. & Faro (2005). *Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador informal*. Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo. (39), 154-163.

Peterson, S. & Bredow, T. (2009). *Middle Range Theories - Application to Nursing Research*. Second edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Segunda edição. Lisboa: gradiva

- Richman, S. & Caple, C. (2010). *Stroke Rehabilitation: Taking Care of the Caregiver..* Acedido a 09/06/2011 em <http://web.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=7&hid=14&sid=bdeb4644-1216-43eb-98b9-55c02c3d6771%40sessionmgr4>.
- Rocha, J.A., Miranda, M. J. & Andrade, M.J. (2006). *Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência.* Acta Medica Portuguesa. 19 (19), 29-38.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A.J. (2001). *O modelo de enfermagem Rooper-Logan-Tierney.* 1ª edição. Lisboa: Climepsi.
- Sá, M. (2009). *AVC: Primeira causa de morte em Portugal.* Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto. 12.19.
- Shenton, A. K., & Hay-Gibson, N. V. (2009). *Dilemmas and further debates in qualitative method.* Education for Information. (27), 21-37.
- Souza, C., Abreu, R., Brit, E., Moreira, T., Silva, L. & Vasconcelos, S. (2009). *O cuidado domiciliar de idosos acometidos por Acidente Vascular Cerebral: cuidadores familiares.* Revista Enfermagem Universidade de estado Rio de Janeiro. (17), 41-45.
- Spruit-van Eijk, M., Buijck, B., Zuidema, S., Voncken, F., Geurts, A. & Koopmans, R. (2010) *Geriatric rehabilitation of stroke patients in nursing homes: a study protocol.* BMC Geriatrics. 10 (15), 1-7.
- Suzuki, M, Omori, M., Hatakeyama, M., Yamada, S., Matsushita, K. & Iijima, S. (2006). *Predicting Recovery of Upper-Body Dressing Ability After Stroke.* Physical Medicine and Rehabilitation. 87, 1496-1502.
- Tooth, L., Mckenna, K., Barnett, A., Prescott, C., & Murphy, S. (2005). *Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke.* Brain Injury. 19 (12), 963-974.
- Van Exel N. J. A., Koopmanschap, M. A., Van den Berg, B., Brouwer, W. B. F. & Van den Bos, G. A. M. (2005). *Burden of Informal Caregiving for Stroke Patients: Identification of Caregivers at Risk of Adverse Health Effects.* Cerebrovascular Diseases. 19, 11-17.
- Visser-Meily, A., Post, M., Schepers, V. & Lindeman, E. (2005). *Spouses' quality of life 1 year after stroke: prediction at the start of clinical rehabilitation.* Cerebrovascular Disease, 20, 443-448.
- Vogelpohl, T; Beck, C., Heacock, P. & Mercer, S. (1996). *"I can do it!" dressing: promoting independence through individualized strategies.* Journal of Gerontological Nursing. (22), 39-42.
- Wallengren, C., Friberg, F. & Segesten, K. (2008). *A view from inside the family—long-term care giving: like a shadow – on becoming a stroke victim's relative.* Nordic college of caring science. (22), P48–55.

ANEXOS

ANEXO I

Guião de Entrevista

ANEXO II

Consentimento Informado

ANEXO III

Requerimento ao Conselho de Administração do CHMT para realização de estudo de investigação

Anexo IV

Entrevista E₃ Etapa 1

Anexo V

Entrevista E₃ Etapa 2

Anexo VI

Entrevista E₃ Etapa 3

Anexo VII

Entrevista E₃ Etapa 4/fase a)

Anexo VIII

Entrevista E₃ Etapa 4/fase b)

Anexo IX

Entrevista E₃ Etapa 4/fase c)

Anexo X

Grelha de Análise E₁ – E₆ / Etapa 4 / Fase d)

Anexo XI

Grelha de Análise Final/ Etapa 4 / Fase d)